

# Патогенез сосудистых когнитивных нарушений. Программа нейрореабилитации

М.М. Щербакова✉

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», Москва, Россия

✉ mmsch@mail.ru

## Аннотация

Когнитивные нарушения присущи значительной части пациентов, перенесших мозговую инсульт (до 76%). Без направленной реабилитации они имеют склонность к прогрессированию, что способствует повышению инвалидности среди взрослого, в том числе трудоспособного населения. Изучение патогенеза когнитивных нарушений сосудистой этиологии должно способствовать продумыванию эффективной методики реабилитации данной группы неврологических больных. В настоящее время представляется актуальным применение комплексного подхода в нейрореабилитационной программе, так как опытным путем (М.М. Щербакова, С.В. Котов, Клиника неврологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского») было доказано, что это позволяет повысить процент обратимости когнитивных нарушений.

**Ключевые слова:** сосудистые когнитивные нарушения, патогенез, программа нейрореабилитации.

**Для цитирования:** Щербакова М.М. Патогенез сосудистых когнитивных нарушений. Программа нейрореабилитации. Consilium Medicum. 2020; 22 (2): 29–34. DOI: 10.26442/20751753.2020.2.190714

Best Practice

## Pathogenesis of vascular cognitive impairment. Neurorehabilitation program

Maria M. Scherbakova✉

Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia

✉ mmsch@mail.ru

## Abstract

Cognitive impairment is a significant percentage of patients who have had a stroke (up to 76%). Without directed rehabilitation, they tend to progress, which increases disability among adults, including the working-age population. The study of the pathogenesis of cognitive impairment of vascular etiology should help thinking through an effective method of rehabilitation of this group of neurological patients. At present, it seems relevant to use an integrated approach in a neurorehabilitation program, since it was experimentally (M.M. Shcherbakova, S.V. Kotov, Neurology department of Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, Russia) that this allows increasing the percentage of reversibility of cognitive impairment.

**Key words:** vascular cognitive impairment, pathogenesis, neurorehabilitation program.

**For citation:** Scherbakova M.M. Pathogenesis of vascular cognitive impairment. Neurorehabilitation program. Consilium Medicum. 2020; 22 (2): 29–34. DOI: 10.26442/20751753.2020.2.190714

## Материалы и методы

Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE), Монреальская шкала оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA; перевод О.В. Посохина и А.Ю. Смирнова), Нейропсихологическая диагностика (Е.Д. Хомская, 1994); Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы (Е.Ю. Балашова, 2009) [1–4].

**Цели и задачи** – описать патогенез когнитивной дисфункции у пациентов с последствиями локального нарушения мозгового кровообращения. Разработать реабилитационную программу и оценить ее валидность в клинике.

## Литературный обзор

Когнитивные нарушения приводят к непродуктивным импульсивным действиям. Это отражается на ухудшении удержания вопроса какой-либо психической задачи, отсутствии понимания смысла и, как следствие, приводит к нарушению целенаправленной ориентировки в условиях задачи и плане решения, необходимых для реализации мыслительных операций. При этом у данных пациентов отсутствует мотивация сличения полученного результата с исходными условиями задачи, и вследствие этого нарушается критичность мышления [5].

Распространенность когнитивных нарушений очень высока. В зависимости от используемых критериев оценки частота глобальных когнитивных постинсультных нарушений колеблется от 12 до 57% [6, 7] либо варьирует в диапазоне от 17 до 76% [8].

О когнитивных расстройствах можно говорить только в тех случаях, когда заболевание приводит к снижению когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем [9]. Субъективное и/или объективно выявляемое ухудшение когнитивных функций влияет на эффективность обучения, профессиональной, социальной и бытовой деятельности [10]. Основным поводом для обращения к неврологу или психологу являются неспецифические жалобы пациентов на головную боль (60,3%), головокружение (36,6%), снижение концентрации внимания (32,9%), быструю утомляемость (42,5%), нарушения сна (54,1%), снижение работоспособности (64,7%), тревожность (33,5%). При активном расспросе более 2/3 (77,4%) пациентов указывают на снижение памяти [11].

Когнитивные, эмоциональные и поведенческие расстройства тесно взаимосвязаны. Нарушения когнитивных функций отражаются на эмоциональной сфере и поведении пациента [12]. Данное патологическое состояние проходит через ряд закономерных стадий и постепенно прогрессирует [13]. На ранних стадиях эмоциональные нарушения проявляются неврозоподобным и астенодепрессивным синдромами. Наиболее часто наблюдаются маскированная (ларвированная) депрессия, проявляющаяся массой соматических жалоб [14]. Начальными проявлениями расстройств познавательной деятельности у пациентов с когнитивными нарушениями являются нарушения памяти, интеллектуальной деятельности и концентрации внимания. Нарушения памяти носят модально-неспецифический характер. Недостаточность концентрации внимания и сниже-

Когнитивные нарушения, спровоцированные сосудистой этиологией	
Клинические группы пациентов с когнитивными нарушениями, спровоцированными сосудистой этиологией	
1-я группа	2-я группа
Когнитивная дисфункция проявляется в нарушении подвижности психических процессов, снижении мнестической функции, произвольном внимании. Наблюдается нарушение концентрации внимания и трудности поддержания психической активности в течение 20–30 мин (истощение наступает через 5–10 мин). Этой группе больных характерна ригидность протекания психических процессов	Когнитивные нарушения проявляются в снижении критики, затруднениях формулирования мыслей и правильном изложении последовательности событий. У данной группы больных на фоне нарушения логического мышления, снижения работоспособности, колебания внимания, слабости мнестической функции отмечается изменение поведения. Нарушение поведения проявляется в снижении дистанции при общении с другими лицами, апатии, тревожно-фобических реакциях, агрессии

ние активности сочетаются с быстрой психической истощаемостью [15]. В более поздних стадиях на первый план выступают эмоциональное оскудение, сужение круга интересов, спонтанность и апатия [14].

Важно отметить, что нарушение мозгового кровообращения (мозговой инсульт) зачастую наблюдается у пациентов старше 60 лет, поэтому у данной группы больных чрезвычайно трудно провести грань между «нормальным старением» и ассоциированной с возрастом дегенеративной и цереброваскулярной патологией. Еще труднее практически исследовать «здоровых пожилых», так как нет ни одного метода, который позволял бы прижизненно исключить все возможные структурные и функциональные патологические изменения головного мозга. Жалобы когнитивного характера обычно связаны не с «нормальными» возрастными изменениями, а с началом нейродегенеративного процесса или ранними стадиями цереброваскулярного заболевания. Допускается возможность формирования легких когнитивных нарушений при «нормальном» старении, что требует дальнейших исследований [13].

Патогенез сосудистых когнитивных нарушений определяется двумя основными механизмами: 1) острыми нарушениями мозгового кровообращения; 2) хронической недостаточностью мозгового кровообращения [16]. Наряду с обозначенными причинами сосудистые когнитивные расстройства обусловлены дисциркуляторной энцефалопатией. Даже единичный лакунарный инфаркт может сыграть роль триггера, который переводит асимптомный дегенеративный процесс в симптомный [17]. Диагноз сосудистых когнитивных нарушений основывается на клинических, неврологических и нейропсихологических данных, результатах магнитно-резонансной или компьютерной томографии головного мозга [18]. Таким образом, причиной снижения когнитивных способностей является поражение головного мозга сосудистого, нейродегенеративного или смешанного генеза [19].

Клиническое течение сосудистых когнитивных нарушений варьируемо и может характеризоваться как продолжительными периодами прогрессирования когнитивного дефицита, так и длительными периодами стабилизации и даже обратного развития когнитивных нарушений [9].

В одних случаях клиническая картина сосудистых когнитивных нарушений характеризуется преобладанием в нейропсихологическом статусе нарушения управляющих лобных функций (планирование, контроль, внимание) в сочетании с очаговой неврологической симптоматикой [16, 20, 21].

В других случаях у больных с выраженными стойкими неврологическими симптомами (гипертензивным синдромом, вегетососудистыми нарушениями, стойким неврологическим симптомокомплексом) определяются преимущественное нарушение верхнестеволовых структур и признаки вовлечения лимбико-диэнцефальных структур, заинтересованности передних медиобазальных отделов мозга. В данном случае отмечаются выраженные нарушения энергетического обеспечения высших психических функций и нарушения их регуляции [22].

В третьих случаях у больных с сочетанными окклюзирующими поражениями магистральных артерий головы нейропсихологический синдром представляет собой сочетание дисфункции разных областей полушарий головного мозга, чаще заднелобной, теменной и височной в разной степени выраженности. Синдромы имеют черты поражения обоих полушарий головного мозга [23].

Еще одна форма сосудистой мозговой недостаточности – дисциркуляторная энцефалопатия. Она возникает в результате поражения сосудов головного мозга атеросклеротическим процессом. Это приводит к диспропорции между потребностями и возможностями обеспечения ткани мозга полноценным кровоснабжением. У данной группы больных отмечается дефицитность зрительно-конструктивной деятельности и зрительно-пространственного гнозиса. Кроме того, наблюдается недостаточность динамической организации движений и действий (брадикинезия), инертность в интеллектуальных процессах, снижение объема памяти [24].

В целом, общими принципами ведения пациентов с когнитивными нарушениями являются определение этиопатогенетической причины, характера и выраженности имеющихся расстройств, уменьшение степени и предупреждение прогрессирования когнитивного дефицита, воздействие на сосудистые факторы риска и, таким образом, улучшение качества жизни этой категории больных [25].

### Клинические наблюдения

В течение длительного промежутка времени (с 2013 по 2019 г.) в неврологической клинике ГБУЗ «МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» проводилось динамическое наблюдение больных с когнитивными нарушениями сосудистой этиологии [26]. Исследуемой группе больных оказывалась направленная психолого-педагогическая помощь. В результате динамического наблюдения мы смогли обнаружить, что вследствие системности и комплексности строения высших психических функций, а также сложности механизмов их регулирования у пациентов наблюдается множественная вариативность клинического проявления когнитивного дефицита. Пациенты лишь условно дифференцировались на две клинические группы:

- 1-я группа – больные с нарушением общего тонуса коры и снижением психической активности в целом;
- 2-я группа – больные с первичным угнетением управляющей лобной функции (см. таблицу).

Динамическое наблюдение показало, что в независимости от клинической группы когнитивные нарушения всегда приводили к снижению интеллекта. Важно отметить, что интеллект обобщает все познавательные психические процессы, а, следовательно, не является самостоятельной психической функцией. На основании данного заключения мы пришли к выводу, что реабилитация должна быть направлена на все психические процессы одновременно, т.е. необходим комплексный, системный подход. Рассмотрим программу когнитивной реабилитации, разработанную в ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского» (М.М. Щербакова, С.В. Котов).

## Программа когнитивной реабилитации

### I. Подготовительный этап (физическая активность, клиническая диагностика и клиническая беседа).

#### II. Основной этап.

**Память:** ситуативная беседа; анкетные данные, запоминание 5 слов; ассоциативное запоминание (по аналогии с пиктограммой А.Р. Лурия); пересказ сатирических историй; пересказ рассказов через 24 ч после их предъявления с опорой на стандартные вопросы; символическая и ассоциативная память; зрительная память: запоминание сюжетных картинок; запоминание предметных картинок; запоминание геометрических фигур (абстрактное запоминание).

**Внимание:** поиск лишнего предмета; переключение внимания; концентрация и устойчивость внимания по методике Пьерона–Рузера; распределение и концентрация внимания; поиск 10 отличий; поиск слов среди буквенного текста; ассоциативное внимание; логические задачи на внимание.

**Волевые реакции:** копирование узоров; изменение узоров; заполнение пробелов; поиск заданных символов из ряда предложенных.

**Гнозис:** восприятие контурных изображений; восприятие стилизованных картинок; восприятие недорисованных картинок; дифференциация наложенных изображений; зрительное восприятие и память; зрительно-пространственное восприятие; зрительный символический гнозис.

**Счетные операции:** дифференциация цифр (дифференциация арабских цифр и математических знаков, написанных разными шрифтами; дифференциации римских и арабских цифр); счет; решение математических примеров; решение математических задач.

**Ориентировка во времени:** расстановка времени на часах; определение поясного времени.

**Практис:** показ во инструкции стандартных жестов; совершение серии движений по заданному плану; динамический праксис; реципрокная координация; графо-моторные навыки (копирование групп точек; копирование фигур; дорисовка элементов геометрических фигур); составление определенных двигательных схем по заданному плану; планирование и программирование своих действий.

**Нейродинамические процессы:** установление причинно-следственной связи событий; проговаривание скороговорок за 3 мин; восстановление возможности восприятия многоступенчатой речевой инструкции; выбор правильного значения; выбор правильного ответа из ряда предложенных вариантов; подбор слов с противоположным значением; подбор сложных аналогий; выстраивание семантических связей; формулирование ответов на вопросы, содержащие логико-грамматические обороты.

**Интеллектуальная функция:** установление причинно-следственной связи (выбор следствия какого-либо действия; установление причины действия); решение логических задач различной степени сложности; логические задачи для развития произвольного внимания; нахождение логических ошибок.

**Восстановление логичности и целенаправленности суждений:** интерпретация пословиц; составление развернутой фразы; дописывание предложений с целью структурирования речевого высказывания; составление истории по серии сюжетных картинок; толкование стойких речевых конструкций; дифференциация слов-омографов; соотнесение пословиц, метафор и фраз.

**Абстрактное мышление:** ситуативная абстракция; конкретизация абстрактного понятия; сравнение понятий.

**Коммуникация (социальное взаимодействие):** отработка жизненных ситуаций; диалоги.

#### Эмпатия.

**Эмоционально-волевая сфера:** определение эмоции по выражению лица; выражение чувств в различных жизненных ситуациях.

**Преодоление депрессии:** разбор юмористических описок и опечаток, выбор подписи к сюжетной картинке сатирического содержания, чтение сатирических отрывков из записных книжек И. Ильфа.

#### Социальная адаптация.

### Когнитивный тренинг (обобщение)

#### Нейродинамические процессы

Рекомендуется физическая активность больного. Данная работа должна способствовать ускорению протекания психических процессов, так как корковый тонус продуцируется постоянным тонизирующим влиянием со стороны ретикулярной формации ствола мозга.

Все задания должны выполняться в строго ограниченном лимите времени.

Процедура: предлагаем больному задание, ограничиваем его выполнение заданным промежутком времени – 3–4 мин. По истечении данного времени мы сами озвучиваем правильный ответ и предлагаем больному перейти к выполнению следующего задания.

#### 1. Установление причинно-следственной связи событий.

Проводится по стандартной схеме. Темп задаваемых вопросов нормальный либо ускоренный.

В комнате душно / открываем окно / в результате...

Болит голова / принимаете обезболивающее средство / в результате...

Хочется пить / выпиваете воду / в результате...

Хочется есть / принимаете пищу / в результате...

#### 2. Проговаривание скороговорок за 3 мин.

#### 3. Пересказ сатирических историй.

Проводится по стандартной схеме.

А. Однажды Вуди Аллена спросили:

– А что бы вы хотели, чтобы люди говорили о вас через 100 лет?

Известный режиссер и актер, которому тогда было 60 лет, ответил:

– Я хотел бы, чтобы они сказали: «А он неплохо выглядит для своего возраста!»

Б. Фаина Георгиевна Раневская в беседе с грузинским народным композитором Вано Ильичем Мурадели заметила:

– А ведь вы, Вано, не композитор!

Мурадели обиделся:

– Это почему же я не композитор?

– Да потому, что у вас фамилия такая. Вместо «ми» – у вас «му», вместо «ре» – «ра», вместо «до» – «де», а вместо «ля» – «ли». Вы же, Вано, в ноты не попадаете!..

#### 4. Выбор правильного ответа из ряда предложенных вариантов.

Процедура: предлагаем больному ответить на поставленный вопрос, выбрав ответ из ряда предложенных вариантов.

Инструкция: «Ответьте на вопросы, выбрав один из предложенных вариантов».

Две	Четыре	Шесть
-----	--------	-------

Сколько лап у двуглавого орла?

Ноль	Одна	Три
------	------	-----

Сколько звезд на российском флаге?

Двое	Пятеро	Семеро
------	--------	--------

Сколько одного не ждут?

#### 5. Посмотреть на слоги, перевернуть лист бумаги, написать полные слова.

Инструкция: «Ваша задача – посмотреть на слоги, мысленно составить из них слова, перевернуть лист бумаги и написать те слова, которые вы запомнили».

Пре (тель, да, ва, по) Пол (ник, ков)  
 Нас (ник, лед) Де (тат, пу)  
 Про (мист, грам) Ин (нер, же)  
 Про (дист, па, ган) Жур (лист, на)

**Логическое мышление**

**1. Формулирование ответов на вопросы, содержащие логико-грамматические обороты.**

Процедура проведения стандартная.

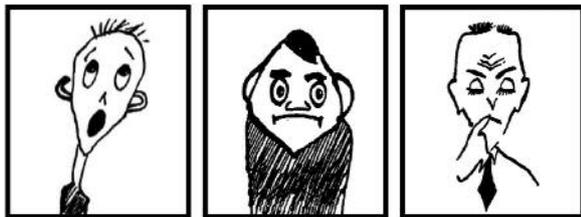
- Мальчик уступил место бабушке. Кто уступил? Кому уступили?
- Магазин находится на соседней улице от нашего дома. Где находится магазин?
- Кошка больше собаки. Кто меньше?

**2. Решение логических задач.**

Процедура проведения стандартная.

А. Благоустройство города. На улицах города проводился опрос населения. Спрашивали, как лучше благоустроить данный город. Профессор Крюков глубоко задумался над смыслом заданного ему вопроса, после чего дал развернутый ответ. Студент Иванов только что сдавал экзамен по математическому анализу, поэтому данный вопрос поставил его в тупик. Безработный Сундуков отреагировал на вопрос с присущим ему безразличием.

Подпишите фамилию каждого из героев на представленных ниже картинках.



Б. Образование. Все сотрудники ООО «РОСКОНСАЛ-ДИНГ» имеют высшее юридическое образование. В.В. Петров – сотрудник этого учреждения. Вопрос: какое образование у В.В. Петрова?

В. Бутерброды. Сколько бутербродов можно съесть наощак? Варианты: ни одного, один, три?

Г. Остановки автобуса. На конечной остановке в автобус сели четырнадцать мужчин и две женщины. На первой остановке сошли двое мужчин и вошли две женщины. На следующей остановке вышли все мужчины, а на следующей вошли пять женщин. Проехав около половины километра, автобус остановился, и в него вошел мужчина. Сколько было остановок на пути следования автобуса?

Шесть остановок	Пять остановок	Четыре остановки
-----------------	----------------	------------------

**3. Дописывание предложений с целью структурирования речевого высказывания.**

Процедура: больному предлагаются незавершенные сложноподчиненные предложения. Задача – закончить каждое предложение, соблюдая причинно-следственную связь событий.

Инструкция: «Закончите фразы».

Не стал отвечать на вопрос, потому что .....  
 Вышел на прогулку, несмотря на то что .....  
 Если мне все-таки сделают замечание, то .....  
 Муж и жена продолжали ссориться, несмотря на то что .....

**4. Сравнение понятий.**

Процедура: больному предлагаются пары слов, объединенные каким-либо общим смыслом. Задача – выявить между ними отличия.

Инструкция: «Сравните между собой данные пары слов. Найдите их отличия».

Дождь – снег; поезд – самолет; обман – ошибка; волк – заяц; очки – лупа.

**Праксис**

**1. Показ по инструкции стандартных жестов.**

Процедура проведения стандартная. Дополнительной инструкции не требуется.

Покажите кулак. Погрозите указательным пальцем. Покажите жестом, что у вас все здорово! Покажите жестом, что вы куда-то опаздываете. Покажите жестом, что вы устали. Покажите, что вы с чем-то согласны. Покажите, что вы с чем-то не согласны. Покажите, что хотите спать. Покажите жестом, что вы хотите кого-то обнять.

**2. Совершение серии движений по заданному плану.**

План выстраивается больным самостоятельно, либо его предлагает специалист.

Например: пойти на кухню – взять стакан – налить минеральной воды – принести стакан в комнату – поставить на письменный стол справа от книги.

**3. Динамический праксис.**

Инструкция: «Воспроизведите движения по заданной схеме. Повторите серию 5 раз».



Кулак–ребро–ладонь

**4. Реципрокная координация.**

Проводится по стандартной схеме. Инструкция: «Воспроизведите движения по заданной схеме: 1-2. Повторите движения 3 раза».



1. Кулак–ладонь

2. Ладонь–кулак

**Оперативная память**

**1. Запоминание 5 слов.**

Процедура: зачитываем больному серию из 5 слов, просим их запомнить и повторить. При этом мы специально делаем перерыв (задаем ситуативные вопросы и т.п.), прежде чем больной воспроизведет данные слова.

Инструкция: «Послушайте слова и повторите их».

Слова:

- машина, дорога, дождь, зонт, капюшон;
- телефон, звонок, сосед, встреча, выходной;
- солнце, погода, ветер, новости, прогноз;
- гости, прогулка, вечер, встреча, дорога.

**2. Ассоциативное запоминание (по аналогии с пиктограммой А.Р. Лурия).**

Инструкция: «Я вам даю лист бумаги. На этой бумаге нельзя писать слов и букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы было легче запомнить, вы должны придумать какой-либо знак/символ».

А. Веселый праздник. Проливной дождь. Тяжелая работа. Вкусный ужин. Смелый поступок.

Б. Счастье. Болезнь. Чудесное лекарство. Дружба. Вредный человек.

**3. Пересказ сатирических историй.**

Процедура: зачитываем больному сатирическую историю. Задача больного – пересказать данный текст.

Инструкция 1: «Сейчас я вам прочитаю рассказ. Слушайте внимательно».

Инструкция 2: «Перескажите рассказ».

А. Английский писатель Честертон предпочитал не расставаться со своим фокстерьером и однажды взял собачку в кино. Одна пожилая леди, желая уязвить писателя, состригла:

– Мне кажется, ваш пес наслаждается фильмом больше, чем вы!

– И это странно, сударыня, – с живостью ответил Честертон, – потому что роман, по которому снят фильм, ему совершенно не понравился, он его порвал!

Б. Французский писатель Анатоль Франс принимал как-то на работу машинистку. Писатель спросил девушку:

– Я слышал, вы неплохо стенографируете?

– Да, сто тридцать слов в минуту...

– Сто тридцать слов в минуту?! Но, дорогая, где я их вам возьму?

**4. Зрительная память – запоминание сюжетных и предметных картинок.**

Процедура: показываем больному 6 сюжетных/предметных картинок, просим внимательно рассмотреть в течение 3–5 мин, затем закрываем картинки и просим назвать: 1) какие действия выполняли герои; 2) какие предметы были изображены на данных картинках.

**Внимание**

**1. Поиск лишнего предмета.**

Процедура: больному предлагаются четыре картинки, три из которых можно объединить по какому-либо параметру, а четвертая отличается от остальных. Задача больного – определить лишний предмет из ряда предложенных картинок.

Инструкция: «Посмотрите на картинки. Найдите лишний предмет».



**2. Переключение внимания.**

Процедура: больному предъявляется таблица №1, на которой в свободном порядке расположены цифры, и таблица №2 с пустыми клетками. Задача – в таблице №2 расставить в возрастающем порядке числа, расположенные в таблице №1.

7	12	27	19
25	4	52	67
17	48	83	99
14	33	91	16
5	8	11	2


**3. Концентрация и устойчивость внимания по методике Пьерона-Рузера.**

Процедура проведения стандартная. Больному предъявляется образец, в котором даны цифры (от 1 до 9) и специальные символы, с помощью которых можно закодировать данные цифры. Задача – закодировать другие таблицы в соответствии с образцом.

Инструкция: «Закодируйте таблицу, расставив в ней знаки по образцу».

Образец

1	2	3	4	5	6	7	8	9
•	∨	⊕	⊖	⊥	⊂	⊥	•	⊥

2	1	4	6	3	5	2	1	3	4	2	1	3	1	2	3	1	4	2	6	3	1	2	5	1	6

**4. Поиск слов среди буквенного текста.**

Процедура: больному предъявляется буквенный текст, внутри которого зашифрованы полнзначные слова. Задача – найти эти слова.

Инструкция: «Среди буквенного текста вставлены слова. Вы должны подчеркнуть слова».

БРДОМСВКУХНЯТПРАБОТАЧЛЧСОСЕДБРБ  
УЛИЦАПРПМАШИНАКРКРЕСЛОДВДЕНЬ  
ЩШПИОНКРПОЛИЦЕЙСКИЙДВЗАКОНШ  
ДТЕАТРЛРМУЗЕЙДЛШМАГАЗИНЛОКИНО

**Заключение**

Учет комплексного подхода в реабилитационной программе позволил повысить процент обратимости когнитивных нарушений до 76–83% (при легкой и умеренной степенях тяжести). Следовательно, в результате проведенного исследования нам удалось определить, что интеллектуальная деятельность обеспечивается всеми структурами головного мозга одновременно. Поэтому ключевая задача реабилитации когнитивных нарушений – нормализация согласованной работы всех компонентов интеллектуальной (психической) деятельности. Таким образом, достигается направленное поведение пациента в любой жизненной ситуации, требующей немедленного принятия и правильного реагирования на происходящие изменения за счет имеющегося опыта (знаний) и способности к его дальнейшему приобретению и применению на практике.

**Конфликт интересов.** Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The author declares that there is not conflict of interests.

**Литература/References**

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatric Research 1975; 12 (3): 189–98.  
2. Nasreddine Z et al. Montreal Cognitive Assessment (MoCA). 2004. www.mocatest.org  
3. Хомская Е.Д. Нейропсихологическая диагностика. Часть II. Альбом. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2004.  
[Khomskaia E.D. Neiropsikhologicheskaja diagnostika. Chast' II. Al'bom. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy, 2004 (in Russian).]

4. Балашова Е.Ю. Методы нейропсихологической диагностики. Классические стимульные материалы. Хрестоматия. М., 2009.  
[Balashova E.Yu. Metody neiropsikologicheskoi diagnostiki. Klassicheskie stimulynye materialy. Khrestomatia. Moscow, 2009 (in Russian).]
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 2008.  
[Lurii A.R. Higher cortical functions of man and their disorders in local brain lesions. Moscow, 2008 (in Russian).]
6. Patel MD, Coshall C, Rudd AG et al. Cognitive impairment after stroke: clinical determinants and its association with long-term stroke outcomes. *J Am Geriatr Soc*, 2002; 50: 700–6.
7. Simmons-Mackie N, Damico JS. Engagement in group therapy for aphasia. *Speech Lang* 2009; 30 (1): 18–26.
8. Brainin M. Cognitive deterioration following stroke: a growing, heavy burden for patients, families, and society. В кн.: Материалы конгресса, посвященного Всемирному дню инсульта. Под ред. Е.И.Гусева. М.: Буки-Веди, 2017.  
[Brainin M. Cognitive deterioration following stroke: a growing, heavy burden for patients, families, and society. In: World stroke day. Articles. Ed: E.I.Gusev. Moscow: Buki-Vedi, 2017 (in Russian).]
9. Путилина М.В. Когнитивные расстройства при цереброваскулярной патологии. Руководство для врачей. М., 2011; с. 145.  
[Putilina M.V. Cognitive disorders in cerebrovascular pathology. A guide for physicians. Moscow, 2011; p. 145 (in Russian).]
10. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике. *Неврол. журн.* 2006; 11 (Прил. 1): 4–12.  
[Iakhno N.N. Kognitivnye rasstroistva v neurologicheskoi klinike. *Nevrol. zhurn.* 2006; 11 (Suppl. 1): 4–12 (in Russian).]
11. Воробьева О.В., Сизова Ж.М., Богатырева Л.М. Сравнительное исследование стратегий фармакологической коррекции умеренных когнитивных нарушений у больных, страдающих артериальной гипертензией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2019; 11 (2): 52–9.  
[Vorob'eva O.V., Sizova Zh.M., Bogatyreva L.M. Sravnitel'noe issledovanie strategii farmakologicheskoi korektsii umerennykh kognitivnykh narushenii u bol'nykh, stradauiushchikh arterial'noi gipertenziei. *Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika.* 2019; 11 (2): 52–9 (in Russian).]
12. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б. и др. Деменции. Руководство для врачей. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2011.  
[Iakhno N.N., Zakharov V.V., Lokshina A.B. et al. A guide for physicians. Ed. 3rd. Moscow: Medpress-inform, 2011 (in Russian).]
13. Захаров В.В. Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения. *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика.* 2012; 2: 16–21.  
[Zakharov V.V. Evoliutsiia kognitivnogo defitsita: legkie i umerennye kognitivnye narusheniia. *Nevrologiia, neiropsikhiatriia i psikhosomatika.* 2012; 2: 16–21 (in Russian).]
14. Кадьков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. М.: МЕДпресс-информ, 2009.  
[Kadykov A.S., Chernikova L.A., Shakhparonova N.V. Rehabilitation of neurological patients. Moscow: MEDpress-inform, 2009 (in Russian).]
15. Соловьева Э.Ю. Лечение когнитивных расстройств у больных с хронической ишемией мозга. *Неврология и Ревматология (Прил. к журн. Consilium Medicum).* 2017; 19 (2.2): 7–12.  
[Soloveva E.Yu. Treatment of cognitive disorders in patients with chronic cerebral ischemia. *Neurology and Rheumatology (Suppl. Consilium Medicum).* 2017; 19 (2.2): 7–12 (in Russian).]
16. Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения и их лечение у больных с артериальной гипертензией. 2015. <http://www.remedium.ru/doctor/psychiatry/detail.php?ID=66106>  
[Vakhnina N.V. Cognitive disorders and their treatment in patients with hypertension. 2015. <http://www.remedium.ru/doctor/psychiatry/detail.php?ID=66106> (in Russian).]
17. Мхитарян Э.А., Преображенская И.С. Болезнь Альцгеймера и цереброваскулярные расстройства. *Неврол. журн. (Приложение).* 2006; 1; 4–12.  
[Mkhitarian E.A., Preobrazhenskaya I.S. Bolezni' Al'tsgeimera i tserebrovaskuliarnye rasstroistva. *Nevrol. zhurn. (Prilozhenie).* 2006; 1; 4–12 (in Russian).]
18. Вахнина Н.В. Сосудистые когнитивные нарушения. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2014; 6 (1): 74–9.  
[Vakhnina N.V. Sosudistyie kognitivnye narusheniia. *Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika.* 2014; 6 (1): 74–9 (in Russian).]
19. Cordonnier C, Leys D, Dumont F et al. What are the causes of preexisting dementia in patients with intracerebral hemorrhages? *Brain* 2010; 133: 3281–9.
20. Парфенов В.А., Старчина Ю.А. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией и их лечение. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2011; 1: 27–33.  
[Parfenov V.A., Starchina Yu.A. Kognitivnye narusheniia u patsientov s arterial'noi gipertenziei i ikh lechenie. *Nevrologiia, neiropsikhiatriia, psikhosomatika.* 2011; 1: 27–33 (in Russian).]
21. Старчина Ю.А., Парфенов В.А., Чазова И.Е. и др. Когнитивные расстройства у пациентов с артериальной гипертензией. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* 2008; 4: 19–23.  
[Starchina Yu.A., Parfenov V.A., Chazova I.E. et al. Kognitivnye rasstroistva u patsientov s arterial'noi gipertenziei. *Zhurn. neurologii i psikhiatrii im. S.S.Korsakova.* 2008; 4: 19–23 (in Russian).]
22. Привалова Н.Н. Структура и динамика нейропсихологических синдромов у больных с сотрясением мозга. В кн.: *Нейропсихология сегодня.* Под ред. Е.Д. Хомской. М.: МГУ, 1995.  
[Privalova N.N. Structure and dynamics of neuropsychological syndromes in patients with concussion. In: *Neuropsychology today.* Ed: E.D.Khomskaia. Moscow: MGU, 1995 (in Russian).]
23. Буклина С.Б. Клинические и нейропсихологические аспекты атеросклеротических поражений магистральных артерий мозга. В кн.: *Нейропсихология сегодня.* Под ред. Е.Д. Хомской М.: МГУ, 1995; с. 122–33.  
[Buklina S.B. Clinical and neuropsychological aspects of atherosclerotic lesions of the main arteries of the brain. In: *Neuropsychology today.* Ed: E.D.Khomskaia. Moscow: MGU, 1995; p. 122–33 (in Russian).]
24. Постнов В.Г. Нейропсихологические синдромы при дисциркуляторной энцефалопатии. В кн.: *Нейропсихология сегодня.* Под ред. Е.Д.Хомской. М.: МГУ, 1995; с. 149–53.  
[Postnov V.G. Neuropsychological syndromes in dyscirculatory encephalopathy. In: *Neuropsychology today.* Ed: E.D.Khomskaia. Moscow: MGU, 1995; p. 149–53 (in Russian).]
25. Екушева Е.В. Когнитивные нарушения – актуальная междисциплинарная проблема. *Рус. мед. журн.* 2018; 12 (1): 32–7.  
[Ekusheva E.V. Kognitivnye narusheniia – aktual'naia mezhdistiplinarnaia problema. *Rus. med. zhurn.* 2018; 12 (1): 32–7 (in Russian).]
26. Щербакова М.М. Патогенез когнитивных нарушений: психологический анализ специфики проявления когнитивной дисфункции у разных групп неврологических больных. *Неврология и Ревматология (Прил. к журн. Consilium Medicum).* 2018; 1: 41–6.  
[Scherbakova M.M. Pathogenesis disorders of cognitive: psychological analysis of the specific manifestation of cognitive dysfunction in different groups of neurological patients. *Neurology and Rheumatology (Suppl. Consilium Medicum).* 2018; 1: 41–6 (in Russian).]

#### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Щербакова Мария Михайловна – канд. мед. наук, логопед-афазиолог, специальный психолог, Клиника неврологии ГБУЗ МО «МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского». E-mail: mmsch@mail.ru

Maria M. Scherbakova – Cand. Sci. (Med.), Vladimirskiy Moscow Regional Clinical Institute, E-mail: mmsch@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 01.07.2019

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.03.2020