

рва — трудный диагноз. Российский журнал боли 2017; 54 (3-4): 64–8).

4. Dandy WE. Section of sensory root of the trigeminal nerve at the pons: Preliminary report of the operative procedure. Bull Johns Hopkins Hosp 1925; (36): 105–6.

5. Gardner WJ, Miklos MV. Response of trigeminal neuralgia to “decompression” of sensory root: Discussion of cause of trigeminal neuralgia. J. A. M. A. 1959; (170): 1773–6.

6. Jannetta P.J. Arterial compression of the trigeminal nerve at the pons in patients with trigeminal neuralgia. J Neurosurg 1967; 26: 159–62.

7. Burchiel KJ, Clarke H, Haglung M, Loeser JD. Longterm efficacy of microvascular decompression in trigeminal neuralgia. J Neurosurg 1988; 69: 132–9.

8. Burchiel KJ, Slavin K. On the natural history of trigeminal neuralgia. Neurosurgery 2000; 46: 152–5.

9. Jannetta P.J. Microvascular decompression of the trigeminal nerve root entry zone: theoretical considerations, operative anatomy, surgical techniques, and results. In: Trigeminal Neuralgia/Eds R.I. Rovit, R. Murali, P.J. Jannetta. Baltimore: Md: Williams & Wilkins, 1990; p. 201–22.

10. Grechko VE, Stepanchenko AV, Sharov MN. On the pathogenesis of true trigeminal neuralgia. Neurological Bulletin n. a. V.M. Bekhterev 2001; 33 (1-2): 56–9. Russian (Гречко В. Е., Степанченко А. В., Шаров М. Н. К вопросу о патогенезе истинной тригеминальной невралгии. Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева 2001; 33 (1-2): 56–9).

11. Antonini G, DiPasquale A, Cruccu G, et al. Magnetic resonance imaging contribution for diagnosing symptomatic neurovascular contact in classical trigeminal neuralgia: a blinded case-control study and meta-analysis. Pain 2014; 155 (8): 1464–71. DOI: 10.1016/j. pain. 2014.04.020.

12. Hamlyn PJ. Neurovascular relationships in the posterior cranial fossa, with special reference to trigeminal neuralgia. Clin Anat 1997; 10 (6): 380–8. DOI: 10.1002/(SICI) 1098–2353 (1997) 10:63.0. CO;2-T.

13. Bychenko VG, Kurashvili YuB, Shimanskiy VN, et al. Features of magnetic resonance imaging and anatomical characteristics trigeminal nerve using MRI. REJR 2011; 1 (3): 54–62. Russian (Быченко В. Г., Курашвили Ю. Б., Шиманский В. Н. и др. Особенности выполнения МР-томографии и лучевой анатомии тройничного нерва. REJR 2011; 1 (3): 54–62).

14. Shimanskiy VN, Konovalov AN, Poshataev VK. Vascular decompression in trigeminal neuralgia, hemifacial spasm, and pharyngeal nerve neuralgia. Moscow, 2017; p. 28–33. Russian (Шиманский В. Н., Коновалов А. Н., Пошатаев В. К. Вазкулярная декомпрессия при невралгии тройничного нерва, гемифациальной спазме, невралгии языкоглоточного нерва. М., 2017; с. 28–33).

15. Shulev YuA, Gordienko KS, Posokhina OV. Microvascular decompression in the treatment of trigeminal neuralgia. Neurosurgery 2004; 2: 7–14. Russian (Шулев Ю. А., Гордиенко К. С., Посохина О. В. Микроваскулярная декомпрессия в лечении тригеминальной невралгии. Нейрохирургия 2004; 2: 7–14).

16. Grigoryan YuA, Sitnikov AR. Transposition of cerebellar arteries in vascular compression of cranial nerves: a non-contact technique for neurovascular decompression. Russian Neurosurgical Journal n. a. Professor A. L. Polenov 2014; 6 (3): 20–30. Russian (Григорян Ю. А., Ситников А. Р. Транспозиция мозжечковых артерий при сосудистой компрессии краниальных нервов: бесконтактная методика нейроваскулярной декомпрессии. Российский нейрохирургический журнал им. профессора А. Л. Поленова 2014; 6 (3): 20–30).

17. Balyazin VA, Seykhvel SM. Intraoperative prevention of liquorrhea after microvascular decompression of the trigeminal nerve root in classic trigeminal neuralgia. Neurosurgery 2012; (4): 25–8. Russian (Балязин В. А., Сейхвел С. М. Интраоперационная профилактика ликвореи после микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва при классической тригеминальной невралгии. Нейрохирургия 2012; (4): 25–8).

18. Balyazina EV, Balyazin VA, Evusyak OM. Features of postoperative management and rehabilitation of patients after microvascular decompression of the trigeminal nerve. In: From basic knowledge to fine skill with a scalpel: Collection of scientific papers of the International scientific and practical conference dedicated to the memory of Professor V.F. Voyno-Yasenetsky. Kursk, 2019; p. 36–9. Russian (Балязина Е. В., Балязин В. А., Евусьяк О. М. Особенности ведения послеоперационного периода и реабилитации пациентов после микроваскулярной декомпрессии тройничного нерва. В кн.: От фундаментальных знаний к тонкому владению скальпелем: сб. науч. трудов Международной научно-практической конференции, посвященной памяти профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого. Курск, 2019; с. 36–9).

УДК 616.8+331.582.22

Оригинальная статья

ОПЫТ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Е. С. Кипарисова — ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Академия постдипломного образования, профессор кафедры нервных болезней, доктор медицинских наук; **М. М. Агаев** — ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Академия постдипломного образования, врач-психиатр, психотерапевт, сексолог, кандидат медицинских наук; **К. П. Тужиков** — ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», Академия постдипломного образования, ординатор кафедры нервных болезней.

REHABILITATION EXPERIENCE FOR PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

E. S. Kiparisova — Federal Research and Clinical Center of FMBA of Russia, Moscow, Academy of Postgraduate Education, Professor of Department of Nervous Diseases, DSc; **M. M. Agaev** — Federal Research and Clinical Center of FMBA of Russia, Moscow, Academy of Postgraduate Education, Psychiatrist, Psychotherapist, Sexologist, PhD; **K. P. Tuzhikov** — Federal Research and Clinical Center of FMBA of Russia, Academy of Postgraduate Education, Resident of Department of Nervous Diseases.

Дата поступления — 05.02.2020 г.

Дата принятия в печать — 05.03.2020 г.

Кипарисова Е. С., Агаев М. М., Тужиков К. П. Опыт реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (1): 352–357.

Цель: оценить эффективность программы когнитивной реабилитации при лечении пациентов с когнитивными нарушениями. **Материал и методы.** В исследование включены 95 пациентов неврологического стационара ФНЦ ФМБА России г. Москвы с когнитивными нарушениями, из них 57 мужчин и 38 женщин, средний возраст $56,8 \pm 7,5$ года, средняя продолжительность заболевания $5,7 \pm 3,4$ года. Пациенты подразделены на две группы: основную, где наряду с медикаментозным лечением применяли программу когнитивной реабилитации, разработанную авторами, и контрольную, в которой проводили только медикаментозное лечение. **Результаты.** В основной группе отмечается статистически значимое улучшение когнитивных функций по шкалам SCOPA-Cog

и MMSE, улучшение качества жизни по шкале PDQ-39 ($p < 0,05$). **Заключение.** На фоне проведения программы когнитивной реабилитации у пациентов основной группы отмечается положительная динамика по сравнению с контрольной.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, реабилитация.

Kiparisova ES, Agaev MM, Tuzhikov KP. Rehabilitation experience for patients with cognitive impairment. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (1): 352–357.

Objective: to evaluate the effectiveness of the cognitive rehabilitation program in the treatment of patients with cognitive impairment. **Material and Methods.** The study included 95 patients in Federal Research and Clinical Center of FMBA of Russia, Moscow, with cognitive impairment, of which 57 were men and 38 were women, the average age was 56.8 ± 7.5 years, and the average duration of the disease was 5.7 ± 3.4 years. Patients were divided into 2 groups: the main one, where, along with drug treatment, the cognitive rehabilitation program developed by the authors was used, and the control one, in which only drug treatment was carried out. **Results.** The main group showed a statistically significant improvement in cognitive functions on the SCOPA-Cog and MMSE scales, and an improvement in the quality of life on the PDQ-39 scale ($p < 0.05$). **Conclusion.** Against the background of the cognitive rehabilitation program, patients in the main group showed a positive dynamics compared to the control.

Key words: cognitive impairment, rehabilitation.

Введение. Проблемы лечения и реабилитации людей с нарушением когнитивной сферы являются одними из основных в любой цивилизованной стране. Сейчас современным врачам приходится принимать новые вызовы: если раньше больные с когнитивными нарушениями встречались в основном в практике врачей-неврологов и психиатров, то теперь данные пациенты могут оказаться на приеме у специалиста любого профиля. Но таким больным, помимо лечения, необходима грамотная реабилитация, которая позволит быстрее и безопаснее восстановить им когнитивные функции и вернуть прежнее качество жизни и трудоспособность. Когнитивная реабилитация прошла путь от методики Paul Вроса по восстановлению речи для пациентов с афазией до комплексной, мультидисциплинарной области медицины.

За последние пять-шесть лет в рассматриваемой сфере появилось огромное количество публикаций как иностранных специалистов (например, исследования Alex Bahar-Fuchs в области современной когнитивной реабилитации с использованием компьютерных технологий), так и отечественных врачей (например, работы по когнитивной реабилитации В. Н. Григорьевой) [1, 2].

Под процессом реабилитации понимают системную деятельность, направленную на восстановление личного и социального статуса пациента методом, состоящим в опосредовании через личность пациента лечебно-восстановительных воздействий, а также мероприятий; создание обоснованных с точки зрения психологии условий для развития личности, учитывая внесенные болезнью ограничения. Другими словами, реабилитация есть активный процесс, где пациент не просто «потребитель» лечения, но и партнер, активный участник лечебно-восстановительных мероприятий. Одним из важнейших факторов успешности реабилитации является раннее начало комплексного восстановительного лечения. Одновременно следует ориентироваться не только на уже сформированные патологические симптомы, но и на прогнозируемые. Расстройств когнитивных функций и эмоционально личностные нарушения являются одним из признаков диффузных и очаговых поражений головного мозга. В первую очередь необходимо оценить динамику восстановления сознания с проведением ранней психологической диагностики, а также на раннем этапе выявить особенности нарушений психических процессов и сознательной дея-

тельности в целом для создания и подготовки приемов направленного восстановительного обучения.

Цель: оценить эффективность программы когнитивной реабилитации при лечении пациентов с когнитивными нарушениями.

Материал и методы. В исследование включены 95 пациентов клинического стационара г. Москвы с когнитивными нарушениями, из них 57 мужчин и 38 женщин, средний возраст $56,8 \pm 7,5$ года, средняя продолжительность заболевания $5,7 \pm 3,4$ года. Пациенты подразделены на две группы: основную, где осуществляли реабилитацию по программе когнитивной реабилитации [3] наряду с медикаментозным лечением, и контрольную, в которой проводили только медикаментозное лечение. Пациенты проходили контрольное тестирование по шкале SCOPA-Cog, MMSE и PDQ-39 до начала лечения и спустя 3, 6 и 9 месяцев после начала реабилитации.

Лечащий врач или врач отделения реанимации, наблюдающий пациента, направляет заявку на консультацию клинического психолога, оставляет запись в дневнике истории болезни больного, в которой описано, с какой целью необходима консультация для пациента. Психолог изучает медицинскую документацию, мнение лечащего врача и дежурного медицинского персонала, после чего переходит к осмотру пациента. Вначале психолог оценивает уровень сознания больного. В случае если у него обнаруживается сниженный уровень сознания, психолог приступает к психостимулотерапии с последующей оценкой состояния каждые 10 дней, по результатам которой принимается решение о переводе мероприятий на следующий уровень. Если пациент в сознании, психолог сообщает пациенту свои фамилию, имя, отчество, должность и указывает цель визита. Затем психолог оценивает больного: его ориентировку во времени, месте и собственной личности. В случае ясного сознания, сохранности всех форм ориентировки, успешного выполнения Блока 1 когнитивного протокола, проводится контрольное тестирование на выявление нарушений когнитивных функций, ранних симптомов деменции (шкала SAGE), оценивается реабилитационный потенциал личности пациента. Если по итогам выполнения теста нарушений когнитивных функций не обнаружено или нарушения носят легкий характер, пациенту будет назначено посещение мероприятий профилактической направленности (школы здоровья, тренинги, комнаты эмоциональной разгрузки); выдается брошюра по когнитивному тренингу. На этом мероприятия программы реабилитации завершаются. В случае обнаружения умеренных нарушений когнитивных функций про-

Ответственный автор — Тужиков Кирилл Павлович
Тел.: +7 (960) 5151108
E-mail: tuzhikov.kp@yandex.ru

дится (при необходимости) углубленная диагностика когнитивных функций пациента согласно существующим порядкам и протоколам. В то же время психолог информирует лечащего врача, который направил пациента на консультацию, о факте установки у больного нарушений, рекомендует консультацию врача-невролога и психиатра для решения вопроса о необходимости медикаментозной терапии, после чего психолог составляет индивидуальную программу когнитивной реабилитации и приступает к ее осуществлению. По завершении программы психолог повторно осуществляет оценку когнитивных функций больного, реабилитационного потенциала личности, на основании чего выполняет анализ эффективности проведенной реабилитации, составляет рекомендации по дальнейшей реабилитации на последующих этапах. В случае выраженных нарушений когнитивных функций выявляется наличие и определяется выраженность деменции по шкалам MMSE и FAB. Если по результатам тестирования у больного подтверждается наличие деменции, пациент направляется на лечение к врачу-психиатру, на этом мероприятии когнитивной реабилитации также завершаются. Если же данные шкалы не подтверждают наличие деменции, то проводится попытка осуществления патопсихологического исследования пациента для определения наличия аффективных и/или иных расстройств, оказавших влияние на результаты скрининг-тестов, по результатам чего принимается решение о включении больного в программу когнитивной реабилитации [3].

Приведем примеры психодиагностических мероприятий, используемых в данной статье:

1. Скрининг-тесты:

- SAGE;
- MMSE;
- FAB.

2. Углубленная диагностика:

- запоминание 10 слов;
- корректурная проба;
- «4-й лишний» либо «5-й лишний»;
- пиктограммы;
- «отыскивание чисел» (таблицы Шульте);
- методика Мюнстерберга;
- исключение предметов;
- классификация предметов;
- существенные признаки;
- сравнение понятий;
- соотношение пословиц, метафор и фраз.

В процессе проведения реабилитационных мероприятий специалистами преследуются следующие цели:

- поддержание и раннее восстановление когнитивного и эмоционального статуса, психологическая поддержка;
- минимизация структуры и степени выраженности нарушений памяти и мышления;
- реорганизация мнестической деятельности и мышления;
- по возможности — интериоризация (встраивание во внутренний план, автоматизация) перестроенной функциональной системы мышления и внешних средств в мнестической деятельности;
- при постановке соответствующей цели реабилитации — перенос нового навыка и/или способа реализации памяти и мышления в условия данной жизненной ситуации пациента;
- преодоление стресса (выражение чувств; переосмысление образа жизни и системы ценностей;

осознание своих симптомов; формирование позитивных установок; формирование конструктивных решений в сложившейся ситуации);

- формирование адекватной внутренней картины болезни, а также иерархии целей на будущее с учетом возможностей и ограничений;

- создание мотивации на реабилитацию, усиление ответственности пациента за достижения в восстановлении.

Подведение итогов реабилитации осуществляется по следующим критериям:

- наличие адекватной внутренней картины болезни в отношении нарушений памяти и мышления, возможности/необходимости их восстановления;

- комплаенс пациента по отношению к реабилитационным мероприятиям;

- снижение проявлений нарушения памяти и мышления в одной или нескольких сферах и видах деятельности, действия или операции (в зависимости от поставленных реабилитационных целей);

- снижение степени бытовой, социальной или профессиональной зависимости (в пределах имеющихся ресурсов).

В зависимости от возраста больных, характера и тяжести повреждения головного мозга и многих других факторов сильно варьируются время и степень восстановления и компенсации когнитивных функций.

В процессе реабилитации также следует учитывать ряд факторов, определяющих прогноз реабилитации [4]:

1) клинико-неврологические факторы:

- этиология патологического процесса;
- размеры, локализация и латерализация очага поражения головного мозга (люди с очень тяжелыми дефектами «компенсируются» хуже);
- наличие и длительность комы в остром периоде заболевания или травмы;

- время, прошедшее после острого развития церебральной патологии, динамика соматической и неврологической симптоматики, наличие осложнений;

- широта, степень выраженности и структура нейропсихологического синдрома до лечения;

- динамика нейропсихологического синдрома (постепенное исчезновение симптоматики, либо ее нарастание, либо отсутствие ярко выраженной динамики);

2) социодемографические факторы:

- пол;
- возраст;
- образование;

3) доболлезненные эмоциональные, когнитивные и поведенческие особенности:

- преморбидный уровень интеллекта;
- преморбидная эмоциональная неустойчивость и низкая мотивация к продуктивной деятельности.

Формируется прогноз когнитивной реабилитации. В зависимости от прогноза выделяют 3 группы больных: к первой группе относят больных, которые восстанавливаются спонтанно; ко второй — пациентов, существенного восстановления у которых не происходит даже спустя годы, несмотря на лечение; в третью группу включают больных, которые восстанавливаются при лечении.

В некоторой степени три перечисленные группы отражают различную степень тяжести повреждения головного мозга (легкую, тяжелую и среднюю). Однако это соответствие наблюдается не всегда. Таким

образом, специалистам важно иметь представление об индикаторах реабилитационного прогноза. Уровень психологического реабилитационного потенциала дает возможность сформировать прогноз не только на успешность планируемых восстановительных мероприятий, но и на дальнейшую жизнь человека, в том числе с ограниченными возможностями здоровья. Внедрение оценки реабилитационного потенциала позволит динамически распределять ресурсы реабилитационной службы лечебных учреждений, что предположительно повысит эффективность лечебно-реабилитационного процесса в целом. Реабилитационный потенциал во многом говорит о способности больного адекватно переживать, преодолевать ситуацию заболевания как что-то мешающее привычному укладу жизни.

Реабилитационный потенциал — сложное понятие, в структуре которого выделяют различные составляющие, отражающие разные уровни реабилитационного воздействия, где наибольший интерес представляет потенциал выздоровления, определяющий возможности восстановления или компенсации нарушений в анатомическом, физиологическом, психическом состоянии организма, т.е. возможности реабилитации больного.

Реабилитационный потенциал личности состоит из четырех компонентов (или уровней): мотивационного, эмоционального, интеллектуального и сенситивного. Сенситивный уровень — это уровень элементарных чувств, локализации болезненных и других неприятных ощущений. Эмоциональный уровень — это уровень субъективного эмоционального состояния, отношения к симптомам, заболеванию в целом и его последствиям. Интеллектуальный уровень — это уровень, формирующийся благодаря процессам умственной переработки представлений и знаний больного о своем заболевании. Четвертый, мотивационный, уровень — это уровень изменения привычных поведенческих паттернов и образа жизни, обусловленного болезнью. Именно он определяет актуализацию деятельности больного по возвращению и сохранению здоровья.

Можно с помощью четырех простых вопросов определять состояние перечисленных уровней реабилитационного потенциала личности:

1. Больной свободен от постоянной интенсивной боли?
2. У больного адекватный эмоциональный фон?
3. Больной на доступном для него уровне понимает причины, особенности, способы лечения и прогноз своего заболевания?
4. Больной настроен, желает и верит в излечение/улучшение своего самочувствия, качества жизни?

В зависимости от количества ответов «Да» на данные вопросы можно выделить градацию реабилитационного потенциала личности, где 4 ответа «Да» — очень высокий потенциал; 3 «Да» — высокий; 2 «Да» — средний; 1 ответ «Да» — низкий; ни одного ответа «Да» — очень низкий потенциал.

В процессе проведения когнитивной реабилитации практически невозможно создать однотипную, подходящую всем программу. При составлении реабилитационных программ принимаются во внимание общие принципы проведения когнитивной реабилитации больных с острыми поражениями головного мозга (инсульт, черепно-мозговая травма) [5], в их числе следующие:

- дифференциация задач, методов и форм когнитивной реабилитации в зависимости от стадии восстановления;

- создание и развитие терапевтического альянса с больным;

- объединение усилий реабилитационной бригады и родственников больного;

- акцент на сохраненные когнитивные функции при восстановительных тренировках и восстановительном обучении в начальном периоде восстановления;

- поэтапное нарастание длительности, сложности и интенсивности лечебных когнитивных нагрузок;

- многократность тренирующих воздействий;

- осуществление взаимодействия сотрудников реабилитационной бригады;

- учет индивидуальных особенностей и текущего состояния пациента;

- стимуляция положительных эмоций и повышение самооценки больного;

- мотивирование больного к собственному активному участию в реабилитации;

- соразмерность уровня реабилитационных вмешательств и способов оценки их эффективности.

В соответствии с этими принципами пациент работает с такими реабилитационными комплексами, как: занятия с психологом по коррекции нарушений памяти (упражнения на сортировку предметов, выделение общего признака, поиск сходств и различий, исключение лишнего, анализ объектов, составление рассказа по сюжетным картинкам, завершение незаконченного рассказа, тренировки структурирования информации и т.д.) [6]; занятия с логопедом-афазиологом для коррекции нарушений речи (развитие артикуляционного аппарата с помощью упражнений для языка, рта и губ; упражнения на выполнение инструкторий; упражнения для развития дыхания и глотания; восстановление письменной речи, диалогового общения и т.д.); занятия с психотерапевтом для коррекции нарушений эмоциональной сферы (рациональная психотерапия, суггестивная психотерапия, аутогенные тренировки, релаксация, в том числе музыкотерапия, посещения кабинетов релаксации).

Результаты реабилитации оценивают таким способом, который соответствует уровню вмешательств. Так, если воздействия направлены на устранение «повреждения», именно его изменения оцениваются в конце курса лечения. В тех же случаях, когда акцент делается на восстановление навыков повседневной активности, именно их динамика служит показателем эффективности реабилитации.

Статистическая обработка данных включала вычисление средней арифметической (M), а также стандартного отклонения (σ). Статистическая обработка результатов осуществлена программой Microsoft Excel и статистическим программным обеспечением SPSS 15.0. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$, распределение соответствовало нормальному.

Результаты. В основной группе по основной программе когнитивной реабилитации наблюдалась положительная динамика выполнения нейропсихологических тестов с сохранением эффективности через 6 и 9 месяцев по сравнению с контрольной группой. По основной программе отмечалось статистически значимое увеличение общего числа баллов с $33,1 \pm 3,8$ до $35,8 \pm 3,4$ ($p < 0,02$) по шкале SCOPA-Cog в сравнении с понижением баллов с $32,8 \pm 3,4$ до $31,8 \pm 3,6$ в контрольной группе ($p < 0,01$). Кроме

Таблица 1

Оценка динамики когнитивных функций по шкале SCOPA-Cog и MMSE на фоне реабилитации по сравнению с контрольной группой, общий балл (M±σ)

| Тесты | Начальные измерения | | По основной программе | | По «домашней» программе | | | |
|-----------|---------------------|----------|-----------------------|----------|-------------------------|-----------|------------------|------------|
| | | | спустя 3 месяца | | спустя 6 месяцев | | спустя 9 месяцев | |
| | ОГ | КГ | ОГ | КГ | ОГ | КГ | ОГ | КГ |
| SCOPA-Cog | 33,1±3,8 | 32,8±3,4 | 35,8±3,4* | 31,8±3,6 | 35,6±3,6* | 30,6±3,4* | 35,3±4,2* | 29,2±3,04* |
| MMSE | 28,6±1,1 | 28,7±0,8 | 29,2±0,7* | 28,4±0,9 | 28,8±1,3 | 27,5±1,2* | 28,7±1,5 | 26,5±1,08* |

Примечание: ОГ — основная группа; КГ — контрольная группа; * — различия статистически значимы, $p < 0,05$.

Таблица 2

Динамика показателей качества жизни по шкале PDQ-39 на фоне реабилитации по сравнению с контрольной группой, общий балл (M±σ)

| Показатели | Начальные измерения | | По основной программе | | По «домашней» программе | | | |
|---------------------------------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------|-------------------------|------------|------------------|------------|
| | | | спустя 3 месяца | | спустя 6 месяцев | | спустя 9 месяцев | |
| | ОГ | КГ | ОГ | КГ | ОГ | КГ | ОГ | КГ |
| PDQ — общий балл | 50,8±20,1 | 47,0±36,2 | 46,5±19,7* | 49,9±35,6 | 46,8±18,8* | 52,3±34,8* | 46,7±19,6* | 55,7±35,1* |
| Мобильность | 18,1±9,8 | 20,5±17,0 | 15,8±9,1* | 20,0±17,8 | 16,1±8,6* | 21,5±16,9* | 16,2±9,1* | 22,6±17,7* |
| Эмоциональное неблагополучие | 8,2±5,1 | 6,9±5,9 | 7,2±4,4* | 7,1±5,8 | 7,5±4,5 | 7,8±5,7* | 7,5±4,5 | 8,5±5,5* |
| Социальная стигматизация | 7,6±4,3 | 5,2±4,6 | 5,8±4,1 | 6,1±4,8* | 5,9±4,1 | 5,8±4,6* | 5,7±4,01 | 6,3±4,5* |
| Недостаток социальной поддержки | 7,07±2,1 | 4,5±3,5 | 7,1±2,07 | 5,8±2,6* | 7,2±2,1 | 5,1±3,04* | 7,3±1,9 | 5,3±2,9* |
| Когнитивные нарушения | 4,1±2,3 | 3,3±2,9 | 3,9±2,3 | 3,1±2,9 | 3,8±2,4 | 3,5±3,1 | 3,8±2,6 | 3,8±3,1 |
| Коммуникативные нарушения | 2,1±1,9 | 2,3±2,0 | 1,8±1,6 | 2,7±2,3 | 1,9±1,7 | 3,08±2,5* | 1,9±1,6 | 3,5±2,9* |
| Телесный дискомфорт | 4,6±2,04 | 4,2±3,9 | 4,5±1,9 | 4,8±4,08* | 4,5±1,9 | 5,2±3,7* | 4,1±1,8* | 5,5±3,8* |

Примечание: ОГ — основная группа; КГ — контрольная группа; * — различия статистически значимы, $p < 0,05$.

того, при контрольных исследованиях через 6 и 9 месяцев по «домашней» программе в основной группе оценка по шкале SCOPA-Cog не вернулась к исходному уровню в сравнении с контрольной группой, где отмечалось снижение оценки спустя 6 месяцев ($p < 0,02$) и 9 месяцев ($p < 0,01$) соответственно.

По шкале MMSE в основной группе отмечалась статистически значимая положительная динамика оценки когнитивных функций только при прохождении основной программы с последующим снижением баллов через 6 и 9 месяцев ($p > 0,05$). В контрольной группе обнаружено статистически значимое снижение оценки в баллах спустя 6 ($p < 0,02$) и 9 месяцев ($p < 0,01$) (табл. 1).

Положительная динамика реабилитации показала влияние и на качество жизни по шкале PDQ-39, за счет увеличения мобильности и уменьшения эмоционального неблагополучия (табл. 2).

Обсуждение. По нашему мнению, в стационарах целесообразно популяризировать и продвигать данный комплекс методик реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями в рамках мультидисциплинарного подхода к лечению больных с нарушениями когнитивной сферы. На наш взгляд, необходимо продолжать работу в данном направлении реабилитации с внедрением новых технологий. К таким технологиям можно отнести занятия пациентов в виртуальной реальности.

Судя по результатам исследований Ana Faria (2016) [7] и Martina Maier (2020) [8], проведение ког-

нитивной реабилитации с использованием технологии виртуальной реальности значительно улучшает общую функциональность когнитивной сферы и внимание по сравнению с обычной программой реабилитации. Кроме того, с течением времени наблюдалось снижение числа пациентов с депрессией в основной группе исследования, в то время как в контрольной это число увеличивалось.

Заключение. Отмечается положительная динамика у пациентов основной группы по сравнению с контрольной. Реабилитационная программа оформляется в виде мультидисциплинарного консилиума и являются основной при проведении реабилитации в стационарах и поликлиниках на I, II и III этапах.

В настоящий момент когнитивная реабилитация становится стремительно развивающейся областью медицины в России. Когнитивная реабилитация основана на принципах, общих для всей медицинской реабилитации, и предполагает постановку важных для пострадавшего человека реально достижимых целей, вовлечение в реабилитационный процесс самого пациента и его близких, а также периодическую оценку эффективности реабилитационных мероприятий и их коррекцию, позволяющая пациенту вернуться на свой прежний уровень жизни.

Конфликт интересов не заявляется.

References (Литература)

1. Bahar-Fuchs A, Webb S, Bartsch L, et al. Tailored and Adaptive Computerized Cognitive Training in Older Adults at Risk

for Dementia: A Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis* 2017; 60 (3): 889–911.

2. Grigoryeva VN, Nesterova VN. Cognitive rehabilitation of patients with focal brain lesions. *Practical Medicine* 2012; 2 (57): 70–3. Russian (Григорьева В. Н., Нестерова В. Н. Когнитивная реабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга *Практическая медицина* 2012; 2 (57): 70–3).

3. Agaev MM, Kiparisova ES, Lopatkina LV, et al. Optimization of the cognitive rehabilitation program at the present stage. *Bulletin of the Medical Dental Institute* 2019; 3: 72–77. Russian (Агаев М. М., Кипарисова Е. С., Лопаткина Л. В. и др. Оптимизация программы когнитивной реабилитации на современном этапе. *Вестник медицинского стоматологического института* 2019; 3: 72–77).

4. Shklovskiy VM, Lukashevich IP, Orlov IYu, Malin DI. The role of structural and functional changes in the brain in the formation of psychopathological disorders in stroke patients. *Social and Clinical Psychiatry*. 2014; 24 (1): 34–9. Russian (Шкловский В. М., Лукашевич И. П., Орлов И. Ю.,

Малин Д. И. Роль структурно-функциональных изменений головного мозга в формировании психопатологических расстройств у больных инсультом. *Социальная и клиническая психиатрия* 2014; 24 (1): 34–9).

5. Haskins EC, Cicerone KD, Dams-O'Connor K, et al. Cognitive rehabilitation manual: Translating evidence-based recommendations into practice. *ACRM* 2012; 132 p.

6. Zinchenko YP, Varako NA, Dobrushina OR. Neuropsychological rehabilitation of memory impairments according to Vygotsky — Luria approach. A single-case study. *Neurologie und Rehabilitation* 2015; 1: 63.

7. Faria AL, Andrade A, et al. Benefits of virtual reality based cognitive rehabilitation through simulated activities of daily living: a randomized controlled trial with stroke patients. *J Neuroeng Rehabil* 2016 Nov 2; 13 (1): 96.

8. Maier M, Ballester BR. Adaptive conjunctive cognitive training (ACCT) in virtual reality for chronic stroke patients: a randomized controlled pilot trial. *J Neuroeng Rehabil* 2020; 17: 42.

УДК 616–009.021.1–039.31

Обзор

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И КОМОРБИДНОСТЬ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (ОБЗОР)

К. С. Комшина — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, очный аспирант кафедры неврологии, психиатрии и наркологии факультета дополнительного профессионального образования; **Е. А. Антипенко** — ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, заведующая кафедрой неврологии, психиатрии и наркологии факультета дополнительного профессионального образования, доцент, доктор медицинских наук.

PAIN SYNDROME AND COMORBIDITY IN ADULT PATIENTS WITH CEREBRAL PALSY: MODERN VIEW ON THE PROBLEM (REVIEW)

K. S. Komshina — Privolzhsky Research Medical University, Faculty of Continuing Professional Education, Post-graduate of Department of Neurology, Psychiatry and Narcology; **E. A. Antipenko** — Privolzhsky Research Medical University, Faculty of Continuing Professional Education, Head of Department of Neurology, Psychiatry and Narcology, Assistant Professor, DSc.

Дата поступления — 05.02.2020 г.

Дата принятия в печать — 05.03.2020 г.

Комшина К. С., Антипенко Е. А. Болевой синдром у взрослых пациентов с детским церебральным параличом: современный взгляд на проблему (обзор). Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (1): 357–359.

Обзор посвящен анализу исследований по проблеме болевого синдрома у взрослых пациентов, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП). Изучены сведения из литературных источников, содержащихся в базах данных: PubMed, eLibrary, Scopus, Web of Science, MEDLINE — и опубликованных за последние десять лет. Представлены современные взгляды на распространенность, этиологию, патогенез, структуру и лечение болевого синдрома у взрослых больных с ДЦП. Описаны основные коморбидные заболевания, которые вносят вклад в развитие хронического болевого синдрома у данных пациентов. В обзоре уделено внимание актуальности проблемы, ее медицинской и социальной значимости.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, взрослые пациенты с ДЦП, боль при ДЦП.

Komshina KS, Antipenko EA. Pain syndrome and comorbidity in adult patients with cerebral palsy: a modern view on the problem (review). *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2020; 16 (1): 357–359.

The review is devoted to the analysis of studies on the problem of pain syndrome in adult patients with cerebral palsy. The authors studied the literary sources contained in the databases PubMed, eLibrary, Scopus, Web of Science, MEDLINE and published over the past ten years. Modern views on the prevalence, etiology, pathogenesis, structure and treatment of pain in adult patients with cerebral palsy are presented. The main comorbid diseases that contribute to the development of chronic pain syndrome in these patients are described. The review focuses on the relevance of the problem, its medical and social significance.

Key words: cerebral palsy, adult patients with cerebral palsy, pain in cerebral palsy.

Болевой синдром — частая и важная проблема при детском церебральном параличе (ДЦП) [1]. Обычно выделяются следующие виды боли:

1) остро возникающая ноцицептивная боль, характерная для травмы или воспаления (эта боль разре-

шается после лечения, направленного на источник боли, у пациентов с ДЦП такая боль часто встречается после хирургического вмешательства) [2];

2) хроническая волнообразная боль, свойственная гастроинтестинальному рефлюксу, спастичности или подвывиху бедра;

3) центральная нейропатическая боль, связанная с повреждением центральной нервной системы, с трудом поддающаяся терапии [1];

Ответственный автор — Комшина Ксения Сергеевна
Тел.: +7 (910) 1040109
E-mail: komshina-kсения@mail.ru