

"ИЗУЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НОЧНЫМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМ ПРИПАДКОМ"

Ю.А.Мусаева¹,

Р.И.Юнусжонов²

¹ доцент кафедры неврологии и медицинской психологии Ташкентской медицинской академии, PhD, MD. Ташкент, Узбекистан. yulduz76m@mail.ru

² магистр 3 курса кафедры неврологии и медицинской психологии Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан. ygramatjon@gmail.com

Актуальность

Эпилепсия (греч.) припадок — хроническое заболевание головы, часто сопровождающееся судорогами, обмороками, изменением личности больного; в отдельных случаях сопровождается ослаблением умственных способностей. Врожденная или приобретенная крайняя предрасположенность головного мозга к судорожным припадкам, а также пороки вызваны врожденными дефектами, инфекциями головного и спинного мозга, травмами, травмами, вызванными курением, эндокринными факторами, сильным страхом и т. д. Эпилепсия может быть самостоятельным заболеванием или признаком другого заболевания. Симптоматическая эпилепсия-эпилепсия, развившаяся вследствие какого-либо заболевания головного мозга.

Идиопатическая эпилепсия-это эпилепсия, в происхождении которой важен наследственный фактор. У них не диагностируются заболевания головного мозга.

Криптогенная эпилепсия – это эпилепсия, причина которой неизвестна. У таких больных диагностируется эпилепсия, однако ее причины установить невозможно.

Большие и маленькие припадки-главный признак эпилепсии. Часто без видимой причины, Иногда после сильного возбуждения, истощения и т.д. возникают судороги. Во многих случаях перед припадком у пациента наблюдаются перепады настроения; голова болит и тянет. Иногда приступы случаются без каких-либо симптомов, даже во сне.

Аура-предвестник эпилепсии. Почти во многих случаях непосредственно эпилептическому приступу предшествует острое психическое состояние на несколько секунд - аура (греч.- дует ветерок"). При этом больной плохо себя чувствует, у него кружится голова, рвет плоть. За аурой следует сильный припадок.

Кроме того, при эпилепсии без судорог наблюдаются только психические изменения - эквиваленты эпилепсии в некоторых случаях они протекают в виде более кратковременных психических состояний, таких как аура. При этом пациент становится неспособным воспринимать реальность жизни.

Инструментальные методы диагностики этого заболевания в основном используют ЭЭГ. Электроэнцефалография-это запись электрических импульсов, которые генерируются во время активности клеток головного мозга.

Именно поэтому важно изучить состояние психоэмоциональной сферы и особенности ЭЭГ у больных с эпилептическим припадком и оценить качество жизни.

Цель исследования: Изучение нейрофизиологической и когнитивной сферы при эпилепсии, сопровождающейся ночными эпилептическими припадками.

Ключевые слова: эпилепсия, когнитивные изменения, MMSE, MoCA, шкала адденбурка.

Когнитивные нарушения у больных эпилепсией возникают в следующих случаях: дефицит внимания, снижение памяти, снижение умственной активности, преходящие нарушения психической активности, снижение речи, все это требует всесторонней оценки при диагностике заболевания [15, 16].

Результаты научных исследований показывают, что в связи со многими факторами, влияющими на когнитивные функции при эпилепсии, необходимо развивать различные психометрические функции [5,7]. Тесты, используемые в клинических испытаниях в нейропсихология, часто описывают один или несколько аспектов когнитивных областей которые задействованы более чем в одной когнитивной области одновременно и позволяет обнаруживать даже незначительные изменения когнитивных функций [12].

Оценка общего когнитивного функционирования

Наиболее популярным методом скрининга когнитивных нарушений является мини-шкала экзамен на психическое состояние-mmse (краткая оценка психического состояния человека), в котором оцениваются ориентация в пространстве и времени, концентрация внимания, состояние памяти, вербальные способности, вычислительные способности, вегатоконструктивные способности[2,7].

Для диагностики когнитивных нарушений необходимо: в первую очередь легкие когнитивные нарушения, которые очень чувствительны к оценке скрининговые тесты играют ключевую роль. Гиперчувствительность и специфичность при выявлении когнитивных нарушений по сравнению с MoCA шкала показала преимущество. Монреальский когнитивный тест Монреальская когнитивная оценка –(Moca) [12,13]. Этот тест направлен на оценку разнообразная нейрокогнитивная деятельность: внимание, память, речь, зрительно-конструктивные навыки, исполнительные функции, мышление, расчет и ориентация [6, 9]. Современные авторы отмечают, что при сравнении шкал mmse и Moca пациенты чувствительны к mmse при оценке когнитивных функций, но имеют более низкие оценки Moca [3,11]. S.Зиад, M.D.Насреддин, A. N. Филлипс и др., Используя пороговую оценку 26, было обнаружено, что mmse имеет чувствительность 18%, а Moca-90% для выявления легких когнитивных нарушений [14]. Тем не менее, исследование 2020 года показало, что то, что является подходящим инструментом для Moca, может быть лучшим тестом для определения уровней и оценки тяжелых нейрокогнитивных расстройств и умеренные когнитивные нарушения [5,6].

Одним из методов изучения когнитивных функций является шкала Адденбрука (Addenbrooke's Cognitive Examination – ASE), разработанная как продолжение шкалы mmse для улучшения. Используя шкалу Адденбрука, вы определяете степень тяжести когнитивных нарушений [1,7]. Благодаря этому за относительно короткое время шкала Асе была одобрена и получила широкое распространение в ряде стран [5]. Шкала Асе эта шкала была изменена и переведена для всесторонней оценки когнитивного функционирования, а также была оценена возможность ее использования для выявления легких когнитивных нарушений. [7], он также используется при оценке когнитивных нарушений при болезни Альцгеймера [9]. Если шкала mmse в первую очередь используется для диагностики деменция достигается за счет использования шкалы Асе для изучения когнитивных функций на ранних стадиях [3,8,12]. X.Li, L.Ян, Дж.Инь, Н.Ю, F.Уе диагностическая точность тестов теста Асе Адденбрука по шкале mmse

и Моса сравнивалась и показала более высокая чувствительность (0,75) и специфичность (0,89), чем у mmse (0,64 и 0,63 соответственно и показал оптимальный результат 88/89. Авторы утверждают, что когнитивная шкала Адденбрука надежна при диагностике когнитивных нарушений и превосходит mmse и Моса [4]. Ряд авторов пришли к выводу, что Асе превосходит mmse и Моса, что делает его удобным при оценке доменов и подтипов нейрокогнитивных расстройств [5, 15]. Сравнение трех скрининговых тестов (MMSE, MoCA, ACE), К.К.Цой, Дж.У.Чан, Х.В.Хираи, С.У.Вонг. и т. С. Квок считает, что только МоСА с чувствительностью 0,98 и специфичностью 0,75 сопоставима с опросом mmse по способности регистрировать средние когнитивные нарушения. Авторы также предполагают, что шкала Адденбрука всесторонне оценивает когнитивные нарушения (0,92 чувствительности и 0,89 специфичности) и сопоставимая диагностическая мощность mmse [16]. Н. Ян и другие. Моса и mmse имеют хорошую достоверность и могут выявлять различные когнитивные нарушения неврологические расстройства, включая эпилепсию [13].

Таким образом, анализ представленных данных рекомендуется использовать тест Моса и шкалу адденбурга для проверки когнитивных нарушений у пациентов с эпилепсией. В этом когнитивная область для первоначального изучения характеристик, шкала Адденбрука преобладает при выявлении легких когнитивных нарушений, в то время как тест Моса-от легкой до умеренной когнитивной

нарушения указывают на эффективность проверки.

Те же таблицы используются для определения функций внимания. Данный тест можно использовать для изучения особенностей внимания больных эпилепсией: величины, устойчивости, скорости приблизительных поисковых движений глаза для фиксации изменений скорости психических процессов в процессе болезни наряду с общими явлениями замедляется брадикинезия. У здоровых людей поиск чисел в одной таблице занимает в среднем 40-50 секунд, в то время как у пациентов с эпилепсией их поиск занимает от 0,5 до 2,5 минут и более [13]. Н. Г. Токарева и Е. В. Железнова были выявлены изменения подвижности психических процессов у больных эпилепсией, что подтверждается увеличением времени переключения [8, 14].

Тест на интеграцию символов (Trail Making test –TMT) направлен на изучение внимания, семантической памяти, зрительно-моторной координации, проверяются функции управления [15]. Этот тест позволяет работа определить когнитивные функции, такие как объем памяти, нарушения регуляторных функций, а именно- способность планировать действия и контролировать результат, скорость обработки информация и когнитивная гибкость помогает определить [1]. Тест Trail making состоит из двух отдельных частей. Часть а психомоторный скорость и используется как мера навыков поиск визуального внимания, пациенту дается 25 цифр в направлении, которое ему нужно будет соединить линией.

Часть В-умственная гибкость, торможение как мера контроля, наблюдение, исполнительная оценка общий показатель функций сканирование, зрительно-моторная координация и зрительно-пространственные способности позволяет оценить.

Время выполнения задания записывается и оценивается в двух тестах. Максимальное время-300 секунд, после чего выполнение задания прекращается. Выполнение задания в более длинной части А указывает на преимущественно нейродинамический характер расстройств. Трудности части б свидетельствуют о нарушении функций управления.

Затраченное время используется как основной показатель эффективности при выполнении теста. Расчет баллов основан на времени, затраченном на выполнение тестовое задание (например, 35 секунд дают 35 баллов), при этом, чем меньше баллов, тем лучше [11,14].

Ю. В. Микадзе и др. мы использовали этот тест и оценили активность областей программирования, управления и регулирования после черепно-мозговой травмы, чтобы изучить состояние высших психических функций [10].

С.Хельмштедтер, З.Садат-Хоссиены, А.М.Каннер и К. J. Мидор предлагает использовать ТМТ для оценки внимания, используется для выявления изменений, связанных с исполнительными функциями, производительностью и памятью. По их данным, в когнитивной оценке тест ТМТ превосходит другие шкалы по свойствам обнаружения, простоте применения и коротким временным затратам [10]. Эта шкала чаще всего используется в качестве комплексного теста для оценки двигательной функции. Цифры Рея-остеррита подчеркивают, что визуально-пространственные, двигательные функции оценки и контроля, включая планирование, разработку определенных стратегий, делают этот тест более приоритетным при решении проблем. Причина качественного снижения речево-речевых зрительно-конструктивных и зрительно-пространственных способностей к воспроизведению формы может быть связана с авторами предполагают, что латерализация правой и левой стороны очага связана с быстрым снижением концентрации произвольного внимания у пациентов с эпилепсией [2].

Тест на ассоциацию с контролируемым словом (тест на ассоциацию с контролируемым словом - cowa1) выявляет нарушения словарного запаса, то есть речи, в течение ограниченного периода времени с определенными буквами и категориями, для оценки способности к целенаправленному саморазвитию [5,14]. Данный тест включает два фактора – фонематический и семантический. Фонематическая беглость оценивается испытуемыми, когда они произносят как можно больше Одни слова, начинающиеся с/К в минуты, за каждый правильный ответ добавляется один балл. Семантическая (категориальная) беглость оценивается по произношению как можно большего количества слов из категории Животные, "растения" и т. д. [12]. В качестве итоговой оценки по данному тесту предлагается учесть максимальную сумму. Как правило, здоровые люди способны более 12 фонематических и 15 семантических.

Таким образом, диагностика нейрокогнитивных расстройств при эпилепсии включает всестороннюю оценку клинико-психометрических характеристик.

Подбор методов, анкетирование, тесты должны проводиться таким образом, чтобы было достаточно охватить в полной мере все сферы познавательной деятельности. Для выбора необходимо выбрать оптимальный метод обнаружения для быстрого обнаружения. На первом этапе исследования проводится более точная объективация и количественная оценка когнитивные искажения, определения общая когнитивная способность выражается в желательности провести два скрининговых теста

(Монреальский опрос Моса, шкала ASE Адденбрука), направленная на выявление всех областей когнитивных нарушений идентифицирует. На втором этапе необходимо провести более глубокое и детальное изучение отдельных доменов с помощью серии тестов для выявления конкретных доменных нарушений. Использование этих измерений позволяет количественно оценить тяжесть когнитивного дефицита, передача помогает глубже проанализировать когнитивную область у людей.

Литературы

1. Ахутина Т.В., Меликян З.А. Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций. К 100-летию со дня рождения А.Р.Лурия. // Клиническая и специальная психология. Научный электронный журнал. 2012. Том 2. №2.
2. Вассерман Л.И., Ананьева Н.И., Вассерман М.В. и соавт. Нейропсихологическая диагностика: обоснование и опыт стандартизации и апробации «теста Рея» и «Цифровой корректурной пробы» //Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2017. № 4. С.73–80.
3. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура» Рея-Остеррита. Методические рекомендации. СПб., 2011. 68 с.
4. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. Невербальная методика «Комплексная Фигура» Рея-Остеррита и ее психодиагностическое значение для квалификации нейрокогнитивного дефицита // Сибирский психологический журнал. 2013. №47. С. 13–25.
5. Ведехина С.А. Клиническая психология. Глава 23. Методики, применяемые для исследования внимания. М.: Эксмо, 2008. 32 с.
6. Земляная А.А., Калинин В.В., Железнова Е.В., Соколова Л.В. Динамика когнитивного снижения у больных эпилепсией на протяжении болезни (на примере исполнительских функций) //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2016. Вып.2. С.25–31.
7. Иванец Н.Н., Царенко Д.М., Боброва М.А. и соавт. Применение модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для оценки состояния больных в общей медицинской практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012. № 1. С. 52–57.
9. Левин О.С., Лавров А.Ю., Васенина Е.Е. и соавт. Валидизация русскоязычной версии модифицированной Адденбрукской когнитивной шкалы для диагностики болезни Альцгеймера //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т.115. № 6–2. С. 36–39.
10. Микадзе Ю.В., Меликян З.А., Потапов А.А., Зайцев О.С. Структура дефекта при черепно-мозговой травме легкой и средней степени тяжести и динамика его изменения спустя 3 и 6 месяцев (нейропсихологическое исследование) // Наследие А.Р.Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте. 2012. С. 107–129.
11. Самедова Э.Ф., Крюков В.В., Емельянова И.Н. Особенности самоотчета у больных с психоорганическим синдромом додементного уровня // Доктор.ру. Неврология Психиатрия. 2014. №6 (94). С.88–92.
12. Соловьева А.П., Горячев Д.В., Архипов В.В. Критерии оценки когнитивных нарушений в клинических исследованиях //Ведомости Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2018. Т8. №4. С.218–230.
13. Петров В.И., Пантелеева Н.В., Кралько А.А. Патопсихологическая характеристика эпилепсии как свидетельство возможности формирования агрессивного поведения // Военная медицина. 2015. Т2. №35. С.121–125.
14. Токарева Н.Г., Железнова Е.В. Клинико-психологическая оценка внимания больных эпилепсией // Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2016. С. 28–30.
15. Allone C., Buono V.L., Corallo F. et al. Neuroimaging and cognitive functions in temporal lobe epilepsy: A review of the literature // J. Neurol. Sci. 2017. N 381. P. 7–15.
16. Arend J., Kegler A., Caprara A., Almeida C. Depressive, inflammatory, and metabolic factors associated with cognitive impairment in patients with epilepsy //Epilepsy Behav. 2018. N 86. P.49–57.