



© Г. Г. Лебедева, Е. Р. Исаева, 2015 г.  
УДК 616.895.87:616.89-008.19

Г. Г. Лебедева, Е. Р. Исаева

## ВАРИАНТЫ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Кафедра общей и клинической психологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время вопрос течения заболевания у пациентов с параноидной шизофренией остается актуальным в связи с решением важной задачи успешной реабилитации. В рамках современной парадигмы — биопсихосоциальной концепции — важное место в системе реабилитации отводится не только психофармакотерапии. Наибольший социальный прогноз успешности реабилитации и адаптации пациентов обусловлен психологическими, психосоциальными характеристиками [4, 5].

Нарушения когнитивных функций при шизофрении (мышления, внимания, памяти) всегда являлись важной характеристикой заболевания и предметом исследований в патопсихологии и психиатрии [1, 2, 7]. При этом в последние десятилетия в психиатрии и патопсихологии отмечается повышенный интерес к нейробиологическим основам шизофрении и когнитивному функционированию. Нейрокогнитивный дефицит (НКД) при шизофрении рассматривается как «третья группа симптомов» наряду с позитивными и негативными расстройствами [3, 6, 10, 11]. Считается, что нейрокогнитивный дефицит в значительной степени определяет социальный и терапевтический прогноз заболевания, а также влияет на формирование другой психопатологической симптоматики [8, 9, 12]. Когнитивное снижение у пациентов с шизофренией предшествует развитию психического заболевания и представляет собой генуинное нарушение течения информационных процессов. До настоящего времени особенности нейрокогнитивного дефицита при шизофрении во взаимосвязи с клинической картиной заболевания и биологическими характеристиками в рамках реабилитации остаются неясными, полученные данные требуют систематизации. В связи с этим изучение нейрокогнитивного дефицита по-прежнему весьма актуально.

Несмотря на то, что на сегодняшний день существует достаточно большое количество исследова-

ний в психиатрии и патопсихологии, достаточно успешно решающих проблему комплексного изучения психологических характеристик больных шизофренией, недостаточно изученными остаются вопросы взаимосвязи клинических, психологических и социальных, в том числе биологических, характеристик пациентов.

**Целью** исследования было изучение вариантов когнитивного дефицита заболевания у пациентов с параноидной шизофренией, обусловленных различными клиническими характеристиками.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие 130 пациентов с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 40 лет.

Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались методика последовательности соединений (Trailmakingtest, ТМТ, R. M. Reitan, D. Wolfson, 1993); тест беглости речевых ответов (Verbalfluencytest, VFT, M. D. Lezak, 1995); тест «Сложная фигура Рея — Остерица» (Rey — Osterrieth Complex Figure Test); таблицы Шульце — Горбова (Ф. Д. Горбов, 1971); субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Векслера (Ю. И. Филимоненко, В. И. Тимофеев, 2006); тест на запоминание 10 слов (А. Р. Лурия, 1969); пиктограммы (Б. Г. Херсонский, 2000). Для быстрой оценки психопатологических симптомов использовалась краткая психиатрическая оценочная шкала (BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale) (С. Н. Мосолов, 2001), заполнявшаяся врачом-психиатром. Были статистически определены основные независимые клинические параметры и психологические показатели (таблица). Математико-статистическим инструментом достижения цели избран кластерный анализ по методу Варда.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате кластерного анализа было выделено 3 кластера, характеризующих варианты когнитивного дефицита в зависимости от тяжести психопатологической симптоматики, возраста, длительности заболевания и возраста начала заболевания у пациентов с параноидной шизофренией.

В 1-й кластер вошли пациенты с самым большим возрастом ( $35,00 \pm 1,53$  года), с возрастом началом заболевания  $18,33 \pm 0,88$  года с длительностью заболевания  $14,33 \pm 2,19$  года и выраженностью психопатологических симптомов  $45,67 \pm 2,33$  балла. В структуре когнитивного дефицита у пациентов, входящих в 1-й кластер, концентрация внимания, активность внимания не снижена, не превышает нормативных значений (таблицы Шульце — Горбова,  $M = 43,33 \pm 10,33$  с). Темп психической дея-

тельности самый низкий среди других кластеров (ТМТ, часть А,  $M = 69,00 \pm 8,02$  с). Переключаемость внимания низкая (самые низкие показатели среди других кластеров) (ТМТ, часть Б,  $M = 160,67 \pm 18,5$  с). Объем памяти снижен, но находится в пределах нормы (10 слов, первое воспроизведение  $5,00 \pm 0,00$  слова), оперативная и кратковременная память в пределах нормативных значений (общее количество воспроизведенных цифр —  $10,33 \pm 1,33$ ). Опосредованная память снижена (воспроизведение слов в пиктограммах  $75,5 \pm 7,9\%$ ). Долговременная память в пределах нормы ( $7,00 \pm 1,00$  слова). Зрительно-моторная координация, зрительно-пространственные функции (скорость выполнения) снижены — самые низкие показатели среди 3 кластеров (шифровка, шкальная оценка  $6,67 \pm 0,33$ ; Рей-копирование —  $173,00 \pm 5,19$  с, Рей-копирование —  $34,67 \pm 1,33$  балла). Пространственное мышление, пространственный анализ и синтез, конструктивный праксис находятся в пределах нормы (показатели выполнения кубиков Коса имеют самые низкие значения среди показателей других кластеров —  $11,33 \pm 2,40$ ). Понятийное мышление, вербальное абстрактное мышление (семантическая и фонетическая беглость) — на уровне средних значений (беглость речевых ответов, сумма категорий —  $33,67 \pm 3,18$ ; сумма букв —  $30,67 \pm 2,33$ ). При этом фонетическая беглость (более сложная часть теста) у пациентов 1-го кластера, по сравнению с пациентами других кластеров, имеет самые низкие показатели.

Во 2-й кластер вошли пациенты в возрасте  $28,00 \pm 6,03$  года, с самым поздним возрастом начала заболевания ( $23,67 \pm 7,45$  года), с длительностью заболевания  $4,33 \pm 2,85$  года и наиболее низкой выраженностью психопатологических симптомов (уровень общего функционирования) —  $38,00 \pm 1,16$  балла. В структуре когнитивного дефицита у пациентов, входящих во 2-й кластер, концентрация внимания, активность внимания не снижены и находятся в высоких нормативных пределах (таблицы

Шульте — Горбова, первый этап —  $37,67 \pm 8,11$  с). Темп психической деятельности высокий (показатели наиболее высокие из всех 3 кластеров) (ТМТ, часть А,  $26,67 \pm 3,18$ ). Переключаемость внимания высокая (показатели наиболее высокие из всех 3 кластеров) (ТМТ, часть Б,  $79,67 \pm 19,46$ ). Объем памяти снижен, но находится в пределах низкой нормы (число Миллера  $7 \pm 2$ , 10 слов, первое воспроизведение —  $4,67 \pm 0,33$  слова) (показатели наиболее низкие из всех 3 кластеров), оперативная и кратковременная память в пределах нормативных значений (цифры, общее количество воспроизведенных цифр —  $9,33 \pm 0,88$ ) — показатель наиболее низкий из всех 3 кластеров. Опосредованная память нарушена (пиктограммы, воспроизведение слов —  $36,33 \pm 13,88\%$ ) — показатель наиболее низкий из всех 3 кластеров. Долговременная память нарушена (ниже числа Миллера  $7 \pm 2$ ),  $4,00 \pm 0,58$  слова (показатель наиболее низкий из всех 3 кластеров). Зрительно-моторная координация, зрительно-пространственные функции снижены, но скорость имеет самые высокие значения среди 3 кластеров (шифровка, шкальная оценка —  $8,00 \pm 1,53$ ; Рей-копирование  $89,33 \pm 29,81$  с; Рей-копирование  $28,77 \pm 3,09$  балла). Таким образом, пациенты 2-го кластера быстрее справляются с заданиями среди других, при этом качество выполнения самое низкое (продуктивность ниже). Пространственное мышление и конструктивный праксис, пространственный анализ и синтез находятся в пределах нормы (кубики Коса, шкальная оценка —  $13,67 \pm 3,84$ ). Понятийное мышление, вербальное абстрактное мышление (семантическая и фонетическая беглость) у пациентов 2-го кластера были на уровне низких значений (значения самые низкие по сравнению с пациентами других кластеров) (беглость речевых ответов, сумма категорий —  $27,67 \pm 2,33$ ; сумма букв —  $31,33 \pm 0,88$ ).

В 3-й кластер вошли пациенты в возрасте  $22,33 \pm 1,05$  года, с возрастом началом заболевания  $18,27 \pm 1,43$  года, с самой небольшой длительностью заболевания ( $3,93 \pm 0,79$  года) и выраженностью психопатологических симптомов (самой высокой)  $46,53 \pm 2,86$ . В структуре когнитивного дефицита у пациентов, входящих в 3-й кластер, концентрация внимания, активность внимания не снижены, в пределах высоких нормативных значений (таблицы Шульте — Горбова, первый этап —  $36,20 \pm 2,68$  с). Темп психической деятельности средний (ТМТ, часть А,  $38,53 \pm 3,88$ ). Переключаемость внимания средняя (ТМТ, часть Б,  $103,13 \pm 7,28$ ). Объем памяти снижен, но находится в пределах нормы

Характеристики испытуемых, подвергнутые кластерному анализу

Характеристики выборки		
Биологические и клинические	Психологические	
1. Возраст	Таблицы Шульте-Горбова, первый этап	Цифры, общее количество воспроизведенных цифр
2. Возраст начала заболевания	ТМТ, серия А	Шифровка, шкальная оценка
3. Длительность заболевания	ТМТ, серия Б	Кубики, шкальная оценка
4. Общий балл шкалы психиатрической оценки	Беглость речевых ответов, сумма букв	10 слов, объем памяти
	Беглость речевых ответов, сумма категорий	10 слов, отсроченное воспроизведение
	Рей, копирование (с)	Пиктограммы, опосредованное воспроизведение
	Рей, копирование (баллы)	

(10 слов, первое воспроизведение —  $6,08 \pm 0,25$  слова) (самый высокий показатель среди кластеров), оперативная и кратковременная память — в пределах нормативных значений (цифры, общее количество воспроизведенных цифр  $10,67 \pm 0,48$ ) — показатель самый высокий из всех 3 кластеров. Опосредованная память не нарушена (пиктограммы, воспроизведение слов —  $89,49 \pm 2,74$  % — показатель самый высокий из всех 3 кластеров). Долговременная память не нарушена ( $8,47 \pm 0,40$  слова) — показатель самый высокий из всех 3 кластеров. Зрительно-моторная координация, зрительно-пространственные функции — самые высокие показатели продуктивности (шифровка, шкальная оценка  $9,07 \pm 0,56$ , Рей-копирование  $180,87 \pm 20,64$  с, Рей-копирование  $35,47 \pm 0,29$  балла), но показатели скорости выполнения самые низкие среди кластеров. Таким образом, пациенты данного кластера медленнее всего справляются с заданиями, при этом качество выполнения самое высокое среди остальных (продуктивность выше). Пространственное мышление, пространственный анализ и синтез, конструктивный праксис находятся в пределах высокой нормы (кубики Коса, шкальная оценка —  $14,07 \pm 0,70$ ) — показатель самый высокий из всех 3 кластеров. Понятийное мышление, вербальное абстрактное мышление (семантическая и фонетическая беглость) у пациентов 3-го кластера на уровне средних значений (по сравнению с пациентами других кластеров, значения семантической и фонетической беглости самые высокие) (беглость речевых ответов, сумма категорий —  $37,13 \pm 1,64$ ; сумма букв —  $39,47 \pm 2,67$ ).

Таким образом, результаты данного исследования позволяют сделать следующий **вывод**: для пациентов с параноидной шизофренией характерно три основных варианта когнитивного дефицита в зависимости от клинических параметров течения заболевания:

1) длительное течение заболевания, сопровождающееся средним уровнем выраженности психопатологической симптоматики, формирует когнитивный дефицит с преобладанием нарушений внимания и зрительно-пространственных функций;

2) позднее начало заболевания и невыраженная клиническая (психопатологическая) симптоматика сопровождаются когнитивным дефицитом, где преобладают нарушения мнестических функций;

3) острое начало заболевания (выраженная психопатологическая симптоматика) в раннем возрасте, на начальных этапах заболевания («первый эпизод») еще не сопровождается выраженными когнитивными нарушениями, когнитивный дефицит не сформирован.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зейгарник Б. Ф. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учеб. пособие. — 2-е изд., перераб и доп. — М.: Москов. ун-т, 1986. — 287 с.

2. Зотов М. В. Механизмы регуляции когнитивной деятельности при воздействии стрессогенных факторов (в норме и патологии): автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — СПб., 2011. — 52 с.

3. Иванов М. В., Незнанов Н. Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2008. — 288 с.

4. Исаева Е. Р. Совладающее со стрессом и защитное поведение личности при расстройствах психической адаптации различного генеза: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. — СПб., 2010. — 48 с.

5. Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. и др. Шизофрения. — СПб.: Гиппократ, 2004. — 335 с.

6. Магомедова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Соц. и клин. психиатрия. — 2000. — № 1. — С. 92 — 98.

7. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. — М.: Медицина, 1974.

Cognition in schizophrenia. Impairments, importance, and treatment strategies / eds by T. Sharma, Ph. Harvey. — Oxford: University Press, 2000. — 3631 p.

8. Gold J. M., Harvey P. D. Cognitive deficit in schizophrenia // Psychiatr. Clin. North. Am. — 1993. — Vol. 16. — P. 259 — 312.

9. Harvey P. D., Keefe R. S. E. Studies of cognitive change in patients with schizophrenia following treatment with atypical antipsychotics // Am. J. Psychiat. — 2001. — Vol. 158. — P. 176 — 184.

10. Keefe R. S. E., Eesley C. E. Neurocognitive impairments / The American psychiatric publishing textbook of schizophrenia; eds by J. E. Lieberman, T. S. Stroup, D. O. Perkins. — Am. Psychiatric Publishing, 2006. — P. 245 — 260.

11. Saykin A. J., Gur R. C., Gur R. E. et al. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning // Arch. Gen. Psych. — 1991. — Vol. 48. — P. 618 — 624.

## РЕЗЮМЕ

Г. Г. Лебедева, Е. Р. Исаева

**Варианты когнитивного дефицита в зависимости от клинических характеристик заболевания у пациентов с параноидной шизофренией**

Была изучена специфика когнитивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от клинических характеристик заболевания. Были обследованы 130 пациентов. Использовались клинко-психологический, экспериментально-психологический и статистический методы. Выявлены три основных варианта когнитивного дефицита при параноидной шизофрении, которые были связаны с началом, длительностью заболевания и остротой психопатологической симптоматики: 1) длительное течение заболевания, сопровождающееся средним уровнем клинической симптоматики, сочетающееся с нарушением внимания и зрительно-пространственных функций; 2) позднее начало заболевания и невыраженная клиническая симптоматика, сочетающаяся с нарушениями памяти; 3) острое начало заболевания и ранний возраст, сочетающиеся с отсутствием когнитивных нарушений.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, когнитивный дефицит, внимание, память, мышление, зрительно-пространственные функции.

## SUMMARY

G. G. Lebedeva, E. R. Isaeva

**Variants of cognitive deficiency depending on the clinical characteristics of the disease in patients with paranoid schizophrenia**

Specific aspects of cognitive impairments in patients with paranoid schizophrenia depending on the clinical characteristics of the disease have been studied. One hundred and thirty patients were examined. A clinico-psychological, experimental psychological and statistical methods were used. Three main types of cognitive deficiency with paranoid schizophrenia, associated with the onset, disease duration, and severity of psychiatric symptomatology: 1) long-term course of the disease ac-

companied by the average level of clinical symptomatology associated with abnormal attention and visuospatial functions; 2) late onset of the disease and unexpressed clinical symptomatology combined with memory impairments; 3) acute onset and early age combined with the absence of cognitive impairments.

**Key words:** paranoid schizophrenia, cognitive deficiency, attention, memory, reasoning, visual-spatial functions.

© А. В. Сапоговский, Р. Х. Хусаинов, В. М. Кенис, 2015 г.  
УДК 616.718.7-08

**А. В. Сапоговский, Р. Х. Хусаинов,  
В. М. Кенис**

## КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТАРЗАЛЬНЫМИ КОАЛИЦИЯМИ

Научно-исследовательский детский ортопедический институт имени Г. И. Турнера, Санкт-Петербург

### ВВЕДЕНИЕ

Тарзальная коалиция — это порок развития стопы, при котором имеется аномальное сращение между двумя и более костями предплюсны [2, 4]. Частота встречаемости данного заболевания составляет 1 — 2% в популяции [3]. Клиническая картина коалиций включает в себя болевой синдром, ограничение подвижности в суставах среднего и заднего отделов стопы, деформацию стоп (чаще plano-вальгусные), спазм мышц и повышенную частоту травм стопы [1, 4]. Диагностика тарзальных коалиций основывается на клиническом обследовании и использовании различных визуализирующих методов. Ряд авторов придерживается хирургического подхода к лечению пациентов с симптоматическими тарзальными коалициями [1, 5]. Тактика лечения пациентов с тарзальными коалициями дискутабельна. Открытым остается вопрос показаний к проведению консервативного лечения и его эффективности.

**Цель** исследования — оценить эффективность консервативного лечения пациентов с тарзальными коалициями.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование основано на изучении результатов лечения 50 пациентов (75 стоп) с тарзальными коалициями, которые наблюдались в институте им. Г. И. Турнера с 2011 по 2014 г. Средний возраст пациентов на момент первичного обращения в клинику института составил  $15,23 \pm 3,16$  года. При этом мальчиков было 29, девочек — 21. Из общего коли-

чества 22 пациента (30 стоп) имели таранно-пяточную коалицию, 28 пациентов (45 стоп) — пяточно-ладьевидную коалицию.

Пациентам с верифицированными тарзальными коалициями, наличием жалоб на деформации стоп и болевой синдром мы проводили консервативное лечение. Оно было направлено на уменьшение болевого синдрома и функциональных нарушений. Средняя длительность курса консервативного лечения составила  $1,2 \pm 0,21$  месяца.

Консервативное лечение включало в себя уменьшение интенсивности физических нагрузок, медикаментозное лечение, ортезирование, физиолечение.

32 пациента перед обращением в институт им. Турнера получали консервативное лечение по месту жительства (ортезирование, физиотерапия, медикаментозная терапия) до верификации диагноза. При этом диагнозом направления были plano-вальгусные деформации стоп, артрит голеностопного сустава, повреждения связок голеностопного сустава и др.

Для анализа результата консервативного лечения производилась балльная оценка болевого синдрома, функции и формы стопы у каждого пациента в динамике по шкале Американского общества хирургов стопы и голеностопного сустава для оценки различных параметров (American Orthopedic Foot and Ankle Society Ankle-Hindfoot Scale AOFAS). Суммарная оценка указанных характеристик до консервативного лечения составила в целом  $61,84 \pm 11,07$  балла.

Подходы к консервативному лечению пациентов с таранно-пяточными и пяточно-ладьевидными коалициями не имели различий, в связи с чем на данном этапе исследования разделение пациентов по типам коалиций не выполнялось.

Всем пациентам с жалобами на боли в стопах были даны рекомендации о коррекции режима физических нагрузок, к которым относились освобождение от занятий физической культурой в школе на 1 месяц, перерыв в тренировках на 1 месяц у пациентов, занимающихся активными видами спорта.

Пациентам с интенсивным болевым синдромом назначались различные виды нестероидных