

## **ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ**

**Абдуллаева Наргиза Нурмамаатовна**

**Касимов Арсланбек Атабаевич**

**Цой Ксения Лаврентевна**

**Тогаев Фозилбек Шариф угли**

**Кафедра неврологических заболеваний**

**Самаркандский государственный медицинский университет**

### **АННОТАЦИЯ**

*В последние десятилетия внимание исследователей привлекает факт наличия когнитивных симптомов у 5—32% относительно здоровых людей молодого возраста . Для обозначения субъективных жалоб на снижение внимания и памяти при отсутствии объективных признаков когнитивного дефицита используется термин «функциональные когнитивные нарушения» (ФКН) . Н. Ball и соавт. назвали данную проблему «слепым пятном».*

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, слепое пятно, память, Альцгеймер

### **ABSTRACT**

*In recent decades, the attention of researchers has been attracted by the presence of cognitive symptoms in 5-32% of relatively healthy young people. To refer to subjective complaints of decreased attention and memory in the absence of objective signs of cognitive deficit, the term "functional cognitive impairment" (FCI) is used. N. Ball et al. called this problem a "blind spot".*

**Keywords:** cognitive impairment, blind spot, memory, Alzheimer's

### **ВВЕДЕНИЕ**

Во многих случаях при обращении к врачу с жалобами на когнитивные проблемы (в основном связанные с симптомами нарушения памяти) объективных доказательств наличия когнитивного расстройства не обнаруживается. Так, результаты исследования, проведенного в 30 специализированных центрах по лечению болезни Альцгеймера, показали, что в 1/2 случаев у обратившихся с подозрениями на деменцию когнитивные функции были в пределах возрастной нормы . Согласно данным литературы, от 12 до 56% обращений в «клинику памяти» составляют пациенты с ФКН. Данные нарушения возникают чаще всего в среднем возрасте .

Следует сказать о том, что в современной неврологии используется также термин «субъективные когнитивные нарушения», которые определяются как

самостоятельно выявленное снижение когнитивных функций по отношению к изначальному уровню умственной работоспособности, при этом указанное снижение не может быть подтверждено данными нейропсихологического обследования. ФКН отличается от субъективных когнитивных нарушений наличием значительного несоответствия между субъективным и объективным уровнями когнитивного функционирования. При ФКН отмечается более серьезная симптоматика, о которой сообщает сам пациент. При этом пациент не принимает уверения врача о том, что когнитивное функционирование не нарушено. E. Edmonds и соавт. показали, что субъективные когнитивные проявления в ряде случаев могут способствовать гипердиагностике более значимых когнитивных нарушений, поскольку когнитивно сохранные люди склонны переоценивать когнитивные проблемы, в то время как пациенты с объективным дефицитом памяти часто недооценивают свои когнитивные проблемы. Согласно гипотезе L. McWhirter и соавт., значительная часть лиц с субъективными когнитивными симптомами в клинической популяции имеют ФКН.

## **ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ**

ФКН являются одним из вариантов функциональных неврологических нарушений (ФНР). Постановка диагноза «функциональное» строится на отсутствии признаков органического поражения, а также признании психогенной природы данного расстройства. Подобные нарушения не имеют в своей основе объективно регистрируемых поражений нервной системы. Также для обозначения подобных заболеваний используется термин «диссоциативные». При всех диссоциативных расстройствах состояние должно соответствовать двум общим диагностическим критериям: 1) состояние не может быть объяснено каким-либо соматическим заболеванием, которое сопровождается характерными для данного расстройства симптомами; 2) существует убедительная временная связь между диссоциативным расстройством и стрессогенными событиями, проблемами или потребностями. Следует учитывать продолжительность данного расстройства как минимум в течение 6 мес. В МКБ-11 данная патология классифицируется как «Диссоциативное расстройство с когнитивными симптомами» (6B80.5).

### *Патогенез ФКН*

Объяснение патогенеза всех ФНР происходит вокруг вопроса о роли психогенных и органических факторов в происхождении данного заболевания. Традиционно подобные вопросы исследовались в русле изучения истерии. Еще в конце XIX века К. Вернике писал про «хроническое истерическое состояние,

имитирующее психическую слабость» (цит. по . З. Фрейд рассматривал диссоциацию как активный процесс психологической защиты, феномен вытеснения из сознания угрожающих или нежелательных содержательных элементов. Конверсионный механизм (от лат. *converto* — обращаю, поворачиваю), по Фрейду, заключается в процессе трансформации либидо в сенсорно-моторные симптомы . Историк медицины I. Veith писала, что истерия «адаптировала свои симптомы к идеям и моральным нормам каждого общества; при этом предрасположенность к истерии и ее основные характерные черты остались более или менее неизменными».

Истерический тип невротического конфликта, по В.Н. Мясищеву , характеризуется чрезмерно завышенными претензиями личности, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием объективных реальных условий или требований окружающих (характерен для истерического невроза: «я хочу, хотя и не имею права»). А. Кемпински называет «личной трагедией» ситуацию, когда истерическая личность не достигает цели своей жизни, т.е. внимания и одобрения со стороны окружающих. По его словам: «у истерической личности мы имеем дело с классическим принципом «порочного круга»: чем меньше одобрение окружающих, тем сильнее стремление завоевать его, что в свою очередь влияет отрицательно (вследствие нарастания истерических компонентов поведения) на симпатию окружающих». Для развития истерических расстройств характерно наличие условной приятности или желательности болезненного симптома . Личностные особенности пациентов с данной формой расстройств характеризуются незрелостью, инфантилизмом, демонстративностью и склонностью к гиперкомпенсаторному реагированию, фантазиям и амнезиям негативных аспектов своего бытия. В анамнезе у таких людей часто встречается развитие в детском возрасте в условиях семейного воспитания по типу «кумира семьи» и «потворствующей гиперпротекции», которые являются формами неполного эмоционального принятия родителями ребенка таким, какой он есть . Следует отметить, что на современном этапе развития медико-биологических наук линия раздела между психогениями и повреждениями мозга органического характера становится зыбкой. Еще в 70-х годах прошлого века А. Ludwig с позиции нейробиологической теории связывал истерию с дисфункцией внимания и кратковременной памяти из-за повышенного кортикофугального торможения афферентной стимуляции.

По мнению Г.М. Дюковой , важнейшую роль в развитии всех ФНР играет функциональный симптом, который представляет собой фиксированный

непроизвольный патологический паттерн. Патологический паттерн — это определенный устойчивый физиологический феномен, имеющий свои истоки в отдаленном или ближайшем анамнезе. Авторы отмечают, что всегда первому появлению симптома сопутствует ситуация аффективной напряженности. Этот паттерн симптома возникает помимо воли пациента, независимо от его сознания и приобретает устойчивый характер

Т. Teodoro и соавт. считают, что существует единый для всех ФНР механизм нарушения обработки информации, который заключается в наличии «мнестического перфекционизма», т.е. стремлении к «превосходной, абсолютной памяти». Кроме этого, чрезмерное внимание направлено на совершение когнитивных ошибок. По мнению авторов, наблюдается переход от автоматического (или неявного) к контролируемому (или явному) режиму когнитивной обработки поступающей информации. Данный механизм также играет роль в возникновении когнитивных нарушений у пациентов с синдромом хронической усталости и фибромиалгией.

Еще в 80-х годах прошлого века М. Posner и соавт. определили основные критерии отличия автоматических процессов от контролируемых:

- автоматические процессы носят непроизвольный характер, протекают без привлечения усилий и не требуют расходования дополнительных ресурсов;
- автоматические процессы не достигают уровня сознания;
- автоматические процессы не взаимодействуют с какой-либо текущей психической деятельностью и не нарушают ее.

Чем больше процессов нуждается в произвольном контроле, тем больше степень когнитивной нагрузки и энергоемкость и тем ниже возможная скорость переработки информации. Т. Teodoro и соавт. N. Poole и соавт. пишут о значительной роли нарушений управляющих функций — совокупности способностей, необходимых для контроля и саморегуляции поведения и эмоций. В работах S. Pick и соавт. показано, что при данном заболевании наблюдается нарушение нисходящей регуляции эмоций. Согласно модели К. Cicerone и соавт., в составе управляющих функций выделяют четыре сферы:

- 1) управляющие когнитивные функции, связанные с контролем и планированием, целенаправленностью деятельности;
- 2) функции поведенческой саморегуляции, связанные с эмоциональным подкреплением;
- 3) функции, регулирующие активацию, т.е. обеспечивающие инициативу и активацию поведения;
- 4) метакогнитивные процессы.

В связи с этим необходимо отметить гипотезу R. Bhome и соавт., согласно которой в основе возникновения ФКН лежат расстройства метакогнитивных процессов, прежде всего, особенности контроля и осознания собственного мышления.

### *Клинические проявления ФКН*

Типичные клинические проявления ФКН чаще всего фокусируются вокруг нарушений памяти и внимания. Данные симптомы сохраняются без прогрессирования длительное время. Пациенты хорошо помнят дату появления первых симптомов и ситуации «провалов» в памяти. Больные с ФКН обычно приходят к врачу в одиночку и не могут привести с собой человека, подтверждающего наличие у них когнитивных нарушений. Симптомом, характерным для таких пациентов, является наличие списка жалоб и их подробное описание. Они подробно рассказывают о врачах, у которых были ранее на приеме, и принимаемых ранее препаратах. В ходе беседы пациенты возвращаются к предыдущим ответам («как я уже сказал»). Л.П. Соколова пишет, что для пациентов с ФКН характерны жалобы на невнимательность, трудности при сосредоточении (96%), быструю утомляемость (80%), сонливость днем, неясность в голове (80%). Несколько реже отмечались жалобы на снижение скорости мыслительных процессов, элементы замедленности, вязкости мышления (24%), способности быстро переключаться и менять цели (32%), снижение интереса, мотивации (44%), творческой активности (20%). При этом у всех пациентов с данной патологией определялся повышенный уровень как тревожности, так и депрессии. V. Bharambe и A. Larner сообщают об относительно частых случаях деменции с поздним началом в семейном анамнезе пациентов с ФКН.

Пациенты с ФКН затрачивают большие когнитивные ресурсы в решении рутинных задач. Эта ситуация усугубляется катастрофическим мышлением пациентов с ФКН. Симптомы ФКН могут вызвать у пациентов появление выраженного беспокойства, гнева, что в свою очередь увеличивает риск дальнейших когнитивных расстройств. Данная ситуация приводит к усилению социальных и производственных проблем. L. Morris и соавт. отмечают трудности при принятии целенаправленных решений у пациентов с ФНР. Кроме этого, пациенты с ФНР чаще трактуют нейтральное выражение лица у других людей как агрессивное.

Зачастую когнитивные симптомы сочетаются с признаками других ФНР, хронической болью, синдромом хронической усталости. Так, большое количество публикаций свидетельствует о нарушениях памяти и внимания у

пациентов с ФНР . В связи с этим следует упомянуть такое состояние, как «когнитивный туман» («cognitive fog») — комплекс жалоб, которые часто предъявляют пациенты с другими ФНР . О частом сочетании ФКН с эмоциональными нарушениями и расстройствами сна сообщают также R. Vhome и соавт. и K. Elhadd и соавт. .

G. Verrios и соавт. выделили две клинически подгруппы из 49 пациентов, которые посещали клинику памяти в Великобритании. У всех из них отсутствовали объективные биомедицинские и нейропсихологические отклонения. Двадцать два пациента были классифицированы как имеющие «функциональную когнитивную дезорганизацию». В данной подгруппе преобладали женщины без высшего образования и со склонностью к диссоциативным расстройствам. Во второй подгруппе оказались мужчины с высшим образованием, повышенным уровнем перфекционизма. По мнению авторов, пациенты в данной группе отличались «скрытой, чрезмерно контролируемой тревогой». E. Kessler и соавт. сообщают об особом варианте ипохондрического расстройства — «беспокойстве о деменции» (англ.: dementia worry), которое отмечается среди людей среднего и молодого возраста. Основным признаком данного состояния является постоянная озабоченность возможностью развития деменции. Обыкновенные ощущения утомления и забывания интерпретируются больными как когнитивное нарушение.

Выраженные когнитивные нарушения могут встречаться при следующих диссоциативных расстройствах:

1. Психогенная амнезия: внезапная неспособность припоминать важные события без предшествующих нарушений сознания и памяти. Такое состояние характеризуется пробелами в памяти — отдельными «островками» амнезии событий, связанных с конкретной психической травмой. Подобная ситуация может длиться от часов до недель.

2. Психогенная фуга: внезапная и полная автобиографическая амнезия и потеря личности. Такое состояние сопровождается бесцельными скитаниями в состоянии суженного сознания с последующей амнезией таких периодов. Фуги обычно длятся всего несколько дней, но остаточная амнезия на период фуги часто сохраняется. Внешне поведение остается упорядоченным, и окружающие могут ничего не заметить, но сам пациент не узнает некоторых знакомых или родственников. Обычно такие состояния возникают внезапно в ответ на травмирующие ситуации .

По мнению Г.М. Дюковой, диагностика ФНР включает два этапа. Первый — исключение органического происхождения симптома как на клиническом,

так и на параклиническом уровне. Второй этап заключается в установлении истерического характера симптома на основании его характерных особенностей, сочетания нескольких типичных симптомов, проведения необходимых тестов. Этот этап обозначают как позитивную диагностику. При проведении диагностики диссоциативного (конверсионного) расстройства необходимо учесть следующие клинические особенности:

— возраст начала заболевания (конверсионные расстройства чаще всего впервые обнаруживают до 40 лет);

— появление симптомов провоцируют стрессовые ситуации. Если такие ситуации отсутствуют, то диагноз расстройства сомнителен. Однако стрессовые ситуации не доказывают диагноз диссоциативного расстройства, так как часто предшествуют соматическим заболеваниям;

— больные часто бессознательно копируют проявления, наблюдаемые ими у окружающих, которые для пациентов крайне значимы, и часто пациенты идентифицируют себя с этими людьми;

— первичная выгода заключается в том, что при помощи процессов диссоциации и конверсии больной подсознательно старается «убежать» от внутренних психологических конфликтов;

— вторичная выгода заключается в том, что больные получают социальные преимущества в результате своей болезни, им удается избежать обязательств и трудных житейских ситуаций; они получают помощь и внимание окружающих, возможность манипулировать другими людьми. У пациента обычно отсутствует адекватное осознание вторичной выгоды.

Трудности диагностики диссоциативных расстройств состоят, в частности, в том, что врачи часто принимают за конверсионное расстройство истерические черты характера, проявляющиеся вычурным поведением, «извращенной» театральностью, однако эти понятия не являются идентичными.

### ***Лечение ФКН***

Для повышения эффективности лечения необходимо создание доверительных отношений между врачом и пациентом. Для этого, как и при всех остальных ФНР, необходимо рассказывать пациенту обо всех этапах обследования, подробно объясняя результаты позитивной и негативной диагностики («что нашли, что было исключено»). Врач должен показать свое серьезное отношение к предъявляемым симптомам страдания пациента. При этом необходимо подчеркнуть роль эмоциональных нарушений в появлении расстройства. Следует рассказать пациенту об обратимом характере функциональных нарушений.

Рациональная психотерапия в таких случаях основывается на разъяснении больному «доброкачественности» (отсутствие угрозы деменции) имеющихся у него симптомов и их связи с психогенными факторами. Техника лечения основана на беседах с больным, во время которых врач разъясняет ему обратимый характер имеющихся нарушений, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки, перестать фиксировать свое внимание на имеющихся патологических симптомах. Терапевтическая беседа строится по методу сократовского диалога, во время которого психотерапевт постепенно подводит больного к запланированному выводу с помощью таких вопросов, на которые возможен лишь положительный ответ.

В лечении ФКН используются методы когнитивно-поведенческой терапии. В процессе лечения психотерапевт предлагает альтернативное, менее угрожающее объяснение проблем, так происходит постепенное формирование представления о происхождении физических проблем. Это альтернативное объяснение основывается на когнитивной модели «опасения о здоровье», основа которой — факт, что больной интерпретирует ряд общих физических ощущений в качестве признаков серьезной болезни систематически искаженным образом. Наличие как когнитивных, так и эмоциональных нарушений при данном расстройстве ведет к необходимости применения препаратов, влияющих на эти коморбидные расстройства.

По нашему мнению, одной из терапевтических мишеней при лечении ФКН являются расстройства управляющих функций. Проведенные нами ранее исследования показали позитивное влияние использования препарата Рекогнан (цитиколин) (в виде раствора для перорального применения) на состояние управляющих функций у пациентов с соматоформными расстройствами — заболеванием с похожим патогенетическим механизмом. В основе действия данного препарата лежат улучшение биосинтеза фосфолипидов в мембране нейронов, регулирующее воздействие на нейротрансмиттерные системы, модуляция плотности дофаминовых и ацетилхолиновых рецепторов. В результате проведенного нами лечения достигнуто не только уменьшение проявлений вегетативной дисфункции, но и улучшение показателей, отражающих когнитивный контроль эмоций. Ранее в работах В.В. Машина и соавт., С.А. Немковой и соавт. было показано, что применение Рекогнана способствовало коррекции не только когнитивных и астенических, но и эмоциональных и вегетативных нарушений. Особый интерес представляет исследование С.А. Немковой и соавт., показавших позитивное влияние данного



препарата на показатели субъективного счастья. Также авторами было показано позитивное влияние применения Рекогнона на состояние высших психических функций (память, внимание, зрительно-моторная координация, динамический праксис, вербально-логическое мышление и вербальное воображение). Полученные изменения можно объяснить влиянием Рекогнона на процессы нейропластичности.

Л.П. Соколова, рекомендует использование антиоксидантных средств в лечении ФКН. В связи с этим представляется перспективным применение препарата Нейромексол (этилметилгидроксипиридина сукцинат) в терапии данных нарушений. Показано, что этот препарат обладает анксиолитической активностью, не оказывая седативного, миорелаксирующего и амнезирующего эффектов. При этом этилметилгидроксипиридина сукцинат отличается выраженной способностью улучшать процессы обучения и памяти, оказывает отчетливое антиамнестическое действие, устраняя нарушения памяти, вызванные различными воздействиями. В работе А.П. Сиденковой, показано, что применение этого препарата приводит к улучшению внимания, памяти и уменьшению тревоги у пациентов с когнитивными нарушениями. А. Larner, применив аналогию с компьютерами, рассматривает ФКН как нарушение программного обеспечения памяти, в отличие от нарушения аппаратной памяти, такого как болезнь Альцгеймера.

### **ВЫВОДЫ:**

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости поиска новых оптимальных путей для лечения пациентов с ФКН, включая фармакологическое воздействие.

### **ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)**

1. Akramova D. et al. Stroke incidence and association with risk factors in women in Uzbekistan //Cerebrovascular Diseases. – Allschwilerstrasse 10, Ch-4009 Basel, Switzerland : Karger, 2017. – Т. 43.
2. Bobomuratov T.A., Sharipova O.A., Akramova N.T. Assessing the impact of secondary prevention among boys with bronchiectasis and delayed pubertal development // Science and Innovations in the Globalized world. San Diego, 2016. Vol. 1. P. 114-119.
3. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus.//American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10(7) 473-478.

4. M. I. Kamalova, N.K.Khaidarov, Sh.E.Islamov, Pathomorphological Features of hemorrhagic brain strokes, *Journal of Biomedicine and Practice* 2020, Special issue, pp. 101-105
5. Kamalova Malika Ilkhomovna, Islamov Shavkat Eriyigitovich, Khaidarov Nodir Kadyrovich. Morphological Features Of Microvascular Tissue Of The Brain At Hemorrhagic Stroke. *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research*, 2020. 2(10), 53-59
6. Khodjjeva D. T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Complex evaluation of clinical and instrumental data for justification of optive treatment activites in patients with resistant forms of epilepsy. *American Journal of Research. USA. № 11-12*, 2018. C.186-193.
7. Khodjjeva D. T., Khaydarova D. K. Clinical and neuroph clinical and neurophysiological ch ogical characteristics of teristics of post-insular cognitive disorders and issues of therapy optimization. *Central Asian Journal of Pediatrics*. Dec.2019. P 82-86
8. Kasimov, Arslanbek; Abdullaeva, Nargiza; Djurabekova, Aziza; Shomurodova, Dilnoza//Features of diagnosis and clinic of post-traumatic epilepsy against the background of concomitant somatic diseases. *International Journal of Pharmaceutical Research (09752366)* . Jul-Sep2020, Vol. 12 Issue 3, p1788-1792. 5p.
9. Kasimov Arslanbek Atabaevich, Bozorova Sabohat Normo'min qizi, & Gulkhayo Eshmatovna Zhumanova. (2022). Results of a study of clinical and neurophysiological changes in patients with post-traumatic epilepsy with concomitant somatic diseases on the basis of complex drug therapy. *World bulletin of public health* 10, 186-190
10. Kasimov Arslanbek Atabaevich. (2022). Dynamics of clinical and neurophysiological changes against the background of complex medical therapy in patients with posttraumatic epilepsy with concomitant somatic diseases. *Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal*, 2(03), 78–87.
11. Khudaynazarova Muattar Tokhirjonovna, Ruziyev Jononbek Elmurodovich, & Kasimov Arslanbek Atabayevich. (2022). Peculiarities of diagnosis and clinical picture of posttraumatic epilepsy against the background of concomitant somatic diseases. *World bulletin of public health*, 10, 121-126.
12. Uralov, F. S. ., Khurramov, M. B. ., Kasimov, A. A. ., & Mamurova, M. M. . (2022). Modern Methods of Epilepsy Treatment and Prevention of Tactical and Therapeutic Errors in Epilepsy Treatment. *International Journal Of Health Systems And Medical Sciences*, 1(4), 374–377.

13. Шомуродова Д. С., Джурабекова А. Т., Мамурова М. М. Особенности и прогноз поражения нервной системы у беременных женщин с преэклампсией характеризуемые методами функциональной диагностики //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2.
14. Мамурова, М., Рузиева, Ш., Олланова, Ш., Хакимова, С., & Джурабекова, А. (2015). Клинико-неврологические особенности Хронических цереброваскулярных заболеваний, обусловленных Артериальной гипертензией, у пациентов молодого возраста. Журнал вестник врача, 1(4), 39–42.
15. Мамурова М. М., Джурабекова А. Т., Игамова С. С. Оценка когнитивных вызванных потенциалов головного мозга (р-300) у лиц молодого возраста с артериальной гипотензией //журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1.
16. Rakhmonova H.N., Rakhmonov Z.M. Innervation Relationships of the Gallbladder Nerve Apparatus with Spinal and Rheumatic Nerve Ganglia (Literature Review). Eurasian Medical Research Periodical, 18, 105-108.
17. Рузиева, Ш., Мамурова, М., Хакимова, С., & Джурабекова, А. (2016). Клиническая характеристика больных с транзиторными ишемическими атаками. Журнал проблемы биологии и медицины, (2 (87), 79–82.