

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kursovaya-rabota/207566>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Нейропсихология

ВВЕДЕНИЕ 3

Глава 1. Современные методы диагностики когнитивных нарушений 4

1.1 Классификация когнитивных нарушений 4

1.2 Проблемы выявления когнитивных нарушений 5

1.3 Диагностика когнитивных нарушений в клинической практике 6

Глава 2. Нейропсихологическая оценка психического статуса и когнитивных функций.....19

2.1. Жалобы и анамнез 19

2.2 Нейропсихологический профиль 23

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 26

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 28

ВВЕДЕНИЕ

В современной медицине уделяют особое внимание проблеме когнитивных нарушений (КН), так как с ростом продолжительности жизни проблема сохранения интеллектуальных функций становится более актуальной. В международной медицинской литературе и отечественных журналах опубликовано большое количество статей, руководств, клинических рекомендаций, посвященных исследованию, поддержанию и сохранению когнитивных функций человека. Нарушение когнитивных функций часто встречается в пожилом и старческом возрасте. По мере старения, как отмечают испанские авторы, распространенность КН существенно нарастает — от 13–22 % в возрасте 60–69 лет до 43 % и больше у людей старше 85 лет [1, 2].

По приблизительным оценкам, в РФ насчитывается около двух миллионов пациентов с деменцией. По прогнозам, в ближайшие десятилетия число людей пожилого и старческого возраста увеличится, что неизбежно повлечет увеличение числа людей с когнитивными расстройствами, включая деменцию [3]. К высшим мозговым, или когнитивным, функциям относятся наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. Это память (процесс запоминания и хранения информации), мышление (процесс отражения связей и отношений между предметами и явлениями), гнозис (способность распознавать и интегрировать чувствительные образы различных модальностей), праксис (способность выполнять последовательные комплексы движений и совершать целенаправленные действия по выработанному плану) и речь (способность к вербальной коммуникации как в устной, так и в письменной форме) [4].

Когнитивные нарушения — это субъективное и/или объективное ухудшение высших мозговых функций по сравнению с исходным более высоким уровнем вследствие органической патологии головного мозга, влияющее на эффективность обучения, профессиональной, бытовой и социальной деятельности [2, 5].

Глава 1. Современные методы диагностики когнитивных нарушений

1.1 Классификация когнитивных нарушений

Большое значение для нозологического диагноза, прогноза и терапевтической тактики имеет оценка тяжести когнитивных нарушений. По классификации, предложенной в 2005 г. академиком Н.Н. Яхно, выделяют тяжелые, умеренные и легкие когнитивные нарушения [6].

Легкие и умеренные когнитивные нарушения соответствуют недементным нарушениям [7]. Легкие когнитивные нарушения могут быть констатированы при снижении в одной или нескольких когнитивных сферах исходно более высокого индивидуального уровня, они не влияют на бытовую, профессиональную и социальную деятельность. Считают, что легкие когнитивные нарушения могут быть как проявлением физиологического процесса старения, так и наиболее ранней стадией органического церебрального

заболевания [8].

Умеренные когнитивные нарушения (УКН, англ. mild cognitive impairment) проявляются снижением одной или нескольких когнитивных функций, которые осознаются пациентом и/или заметны окружающим и подтверждаются с помощью объективных методов исследования, но не вызывают профессиональной или бытовой дезадаптации [9, 10]. Умеренные когнитивные нарушения рассматривают как промежуточное состояние между возрастными изменениями центральной нервной системы и начальной клинической стадией деменции (то есть когнитивные нарушения при УКН выходят за рамки возрастной нормы, но не приводят к социальной дезадаптации, то есть не вызывают деменцию). В соответствии с многочисленными международными популяционными исследованиями частота УКН в возрасте 60 лет и старше составляет от 15 до 20 %. Годовая частота прогрессирования УКН до деменции варьирует от 8 до 15 % в год, поэтому актуально раннее выявление УКН и их лечение [11].

Под тяжелыми когнитивными нарушениями понимают стойкие или преходящие нарушения когнитивных функций различной этиологии, которые выражены настолько, что приводят к затруднениям в обычной бытовой, профессиональной и социальной деятельности. К тяжелым когнитивным нарушениям относится деменция. По определению Всемирной организации здравоохранения, деменция представляет собой синдром, при котором происходит деградация памяти, мышления, поведения и способности выполнять ежедневные действия. Деменция поражает в основном пожилых людей, но она не является нормальным вариантом старения [12]. Во всем мире насчитывается около 50 млн людей с деменцией. Доля общего населения в возрасте 60 лет и старше с деменцией на какой-либо момент времени составляет от 5 до 8 %. Ежегодно регистрируют около 10 млн новых случаев, и ожидается, что к 2050 г. эта цифра возрастет в три раза [1]. Деменция оказывает физическое, психологическое, социальное и экономическое воздействие не только на страдающих ею людей, но и на людей, осуществляющих уход за ними, на семьи и общество в целом.

1.2 Проблемы выявления когнитивных нарушений

Большинство современных исследователей определяют несколько проблем, связанных с диагностикой когнитивных нарушений. Одна из них — недостаточная информированность населения, которая приводит к поздней обращаемости и, соответственно, позднему выявлению заболеваний. Многие люди полагают, что снижение памяти и других когнитивных функций является нормой в пожилом и старческом возрасте [4]. Именно поэтому пациенты и их родственники могут не обращаться к врачу вплоть до этапа развития крайне тяжелых нарушений, когда полностью утрачиваются навыки самообслуживания. Очевидно, что при подобной выраженности нарушений возможности помощи пациентам очень ограничены в связи с необратимостью морфологических процессов, ставших причиной данных проблем [5].

Другая причина поздней диагностики когнитивных нарушений — не-достаточное использование неврологами, психиатрами, гериатрами и врачами других специальностей методов диагностики данного вида неврологиче-ских расстройств. Очевидна объективная необходимость в овладении врачами различных специальностей простыми клинико-психологическими методами исследования — так называемыми скрининговыми шкалами деменции [1]. Существует множество различных методик нейропсихологической и инструментальной диагностики когнитивных дисфункций, но в рутинной практике можно рекомендовать небольшое количество скрининговых методов, которые позволят оценить большое количество нарушений при незначительной затрате исследующим специалистом своего рабочего времени.

1.3 Диагностика когнитивных нарушений в клинической практике

Оценка жалоб. Заподозрить КН позволят жалобы со стороны пациента на забывчивость, трудности концентрации внимания, снижение умственной работоспособности, а также повышенную утомляемость при интеллектуальной работе. Эти симптомы мешают сосредоточиться, работать и затрудняют повседневную деятельность. Врач должен понимать, что пациент с выраженным КН может и вовсе не предъявлять никаких жалоб из-за отсутствия критики или анозогнозии. В таком случае информацию о КН будут предоставлять родственники или близкие пациента. Важный вклад может внести информация о наличии значимых факторов риска КН: пожилой и старческий возраст, семейный анамнез, перенесенный инсульт, сопутствующие артериальная гипертензия, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, особенно их сочетание.

Нейропсихологическое обследование. Нейропсихологическое обследование подразумевает исследование

состояния таких функций, как память, речь, восприятие, праксис, мышление и внимание, с проведением соответствующих тестов.

Одним из самых распространенных способов определения интеллектуального дефицита является тест Мини-Ког (англ. Mini-Cog) [2]. Этот тест состоит из трех заданий:

1. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для ву-зов / под ред. В.В. Николаевой. - М.: Академический проект, 2019. 311 с.
2. Выготский Л.С. Психология. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 1008 с.
3. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Политиздат, 2016. 304 с.
4. Цыганок А.А., Ковязина М.С. О специфике нейропсихологической диагностики детей. Особый ребенок: исследования и опыт помощи / Под ред. А.А. Цыганок. - М.: Теревинф, 2019, Выпуск 1. С. 112-116.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Издательство Московского университета, 2019; 374 с.
6. Хомская Е.Д. Нейропсихология: Учебник. Издание второе, до-полненное. М.: УМК «Психология», 2018. 416 с.
7. Цветкова Л.С. Проблемы афазии и восстановительного обучения. - М.: Изд-во МГУ, 2018. 162 с.
8. Социально-психологический аспект реабилитации больных с афазией / Л. С. Цветкова, Ж. М. Глозман, Н. Г. Калита и др.; / Под общ. ред. Л. С. Цветковой. - М.: Изд-во МГУ, 2017. 82 с.
9. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. изд., доп. и перераб. - Л.: Медицина: Ленингр. отд-ние, 2019. 216 с.
10. Глозман Ж.М. Социальная реабилитация нейрохирургических больных: проблема и методики оценки. Вестник Моск. ун-та. Серия 14. Психология. 2019. №1. С. 13-24.
11. Лобные доли и регуляция психических процессов. Нейропсихо-логические исследования. / Под ред. А.Р. Лурия и Е.Д. Хомской. - М.: Издательство Московского университета, 1966. 740 с.
12. Голдберг Э. Управляющий мозг. Лобные доли, лидерство и цивилизация. - М.: Смысл, 2020. 335 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovyie-raboty/kurovaya-rabota/207566>