

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.89-02:616.831.311-001]-036.865

М.Г. Дашина, М.П. Боброва, Е.И. Акимов

ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ОСВИДЕТЕЛЬСТВУЕМЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛОБНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА

ФКУ «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Алтайскому краю» Минтруда России, 656043, г. Барнаул

В данной статье ставится задача совершенствования экспертных подходов при освидетельствовании больных в бюро медико-социальной экспертизы смешанного профиля к выявлению и оценке нарушений психической деятельности при поражениях лобных отделов головного мозга. Проанализированы трудности, возникающие в процессе медико-социальной экспертизы лиц с данной патологией. Предложен алгоритм, способствующий объективизации степени выраженности и стойкости когнитивных и регуляторных нарушений посредством экспериментально-психологического обследования. Представлен случай из экспертной практики, вызвавший существенные затруднения при определении нарушений функций организма (вида, степени выраженности и стойкости), определении ограничений в основных категориях жизнедеятельности, формулировании клинично-функционального диагноза и вынесении экспертного решения. Выявлена и обоснована необходимость выработки единых критериев к оценке нарушений психической деятельности.

Ключевые слова: медико-социальная экспертиза; экспериментально-психологическое обследование; нейропсихология; когнитивные нарушения; регуляторные нарушения; лобный синдром.

PROBLEMS OF MENTAL ACTIVITY EXPERT ASSESSMENT VIOLATIONS IN PEOPLE WITH DAMAGE TO THE FRONTAL SECTION OF BRAIN

M.G. Dashina, M.P. Bobrova, E.I. Akimov

The Main Bureau of Medical and Social Expertise in the Altai region, 656043, Barnaul, Russian Federation

The article aims to improve the approaches to the identification and assessment of mental dysfunctions in patients with lesions of the frontal parts of the brain in the bureau of medico-social examination of the mixed profile. The difficulties encountered in medical and social assessment of people with this disorder were analyzed. An algorithm, which promotes the objectification of cognitive and regulatory violations severity and persistence by experimental psychological examination is proposed. A case of expert practice, which caused significant difficulties in determining the body disorders (type, severity and persistence), determining the limits of life in the major categories, formulation of clinical and functional diagnosis and expert determination. The need for uniform criteria of mental dysfunctions assessment has been identified and justified.

Key words: medical and social examination; experimental psychological examination; neuropsychology; cognitive impairment; regulatory violations; frontal syndrome.

Актуальность проблемы диагностики состояния психической сферы у больных с поражением лобных отделов обусловлена тем, что такого рода нарушения психической деятельности в значительной части случаев приводят к ограничениям той или иной из основных категорий жизнедеятельности, социальной дезадаптации больного, т. е. появлению признаков инвалидности. Определение и экспертная оценка таких нарушений имеют существенное значение в учреждениях медико-социальной экспертизы при вынесении заключения о видах и степени выраженности стойких расстройств функций организма, при уточнении клинично-функционального диагноза, для оптимизации выбора реабилитационных мероприятий лицам, признанным инвалидами.

Больные с данной патологией периодически проходят освидетельствование в экспертном составе смешанного профиля Главного бюро. Как правило, это первичные больные, направленные в Главное бюро в порядке консультации в связи с затруднением бюро МСЭ смешанного профиля в оценке нарушений психической деятельности при поражениях лобных отде-

лов головного мозга. Врач по МСЭ экспертного состава Главного бюро направляет этих освидетельствуемых на экспериментально-психологическое обследование (ЭПО) с целью выявления и объективизации нарушений психической деятельности. В связи с малой частотой подобных случаев (2–5 в год) важно иметь четкое представление о данной патологии и отработанный алгоритм проведения ЭПО для предотвращения диагностических и экспертных ошибок.

Лобные отделы мозга обеспечивают саморегуляцию психической деятельности в таких ее составляющих, как целеполагание в связи с мотивами и намерениями, формирование программы (выбор средств) реализации цели, контроль за осуществлением программы и ее коррекция, сличение полученного результата деятельности с исходной задачей. Нарушения произвольного внимания являются следствием поражения лобных долей головного мозга. Характерна отвлекаемость, больной не может длительное время следовать определенной программе и сбивается на побочную деятельность. Выполняя последовательность мыслительных операций, больные обнаруживают импульсивное соскальзывание на побочные ассоциации, уходят в сторону от основного задания, проявляют ригидность при необходимости смены алгоритма. Поведение больных часто бывает импульсивным, снижается критика к своему

Для корреспонденции:

Дашина Марина Геннадьевна – мед. психолог высшей категории; 656043, г. Барнаул, пр. Ленина, 5, e-mail: mgdashina@mail.ru.

состоянию, нарушается критическая оценка окружающей обстановки [1, 2].

В экспертной работе при психологическом обследовании таких больных мы опираемся на теоретические основы и методы нейропсихологической диагностики. Создателем нейропсихологии является знаменитый отечественный ученый, профессор МГУ А.Р. Лурия, а развивали ее такие известные ученые, как Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова, Н.К. Корсакова, Э.Г. Смирницкая, Ж.М. Глозман и др. Ими разработаны основные подходы к исследованию высших психических функций (ВПФ). Важные достоинства нейропсихологического исследования, делающие возможным его применение в практике работы бюро МСЭ, – это доступность (отсутствие необходимости значительных материальных затрат и специального оборудования) и высокая информативность [2–5].

Нейропсихологическое исследование включает методы исследования внимания, гнозиса, праксиса, речи, письма, чтения, счета, памяти, интеллектуальных процессов [2, 4–6].

Учеными и исследователями, специалистами в области неврологии и нейропсихологии выделены регуляторные и операциональные нарушения интеллекта. Регуляторные нарушения развиваются при патологии лобных долей. В этих случаях суждения человека носят импульсивный и случайный характер, интеллектуальная деятельность часто не соответствует заданию, хаотична и бессистемна. При регуляторном типе нарушения интеллекта больной не выполняет задание не потому, что оно ему недоступно, а потому что импульсивно принимает неверное решение и оценить его неправильность из-за нарушения критики не может. При локализации очага поражения головного мозга в лобных долях часто не формируются сама задача и намерение ее решить [1–3].

При операциональном типе нарушения интеллекта имеется первичная утрата интеллекта [1].

В нашей практике чаще встречаются больные с поражением префронтальных и медиобазальных отделов лобной доли. Далее мы приведем клинические варианты нарушений психических функций при локальной патологии лобных долей.

Префронтальные отделы лобной коры обеспечивают программирование и контроль сложных форм психической деятельности. Нарушения регуляторных процессов отражаются на двигательной, эмоциональной, интеллектуальной сферах. Эти нарушения выступают на фоне адинамии, аспонтанности, снижения уровня психической активности. Такие больные неряшливы, небрежны, вмешиваются в чужой разговор, отвечают на вопросы, адресованные другим («полевое» поведение – неустойчивость собственных программ поведения). Для выполнения заданий таким больным необходимо многократное повторение инструкций, отмечается склонность к персеверациям. Характерны нарушения эмоциональной оценки окружающего, отмечаются грубые интеллектуальные нарушения, наступающие вследствие ригидности и инертности мышления [1, 2]. Выраженность психопатологических расстройств колеблется от очень грубых расстройств поведения (такие больные сразу попадают на освидетельствование в бюро психиатрического профиля и с ними не возникает экспертных трудностей) до внешне малосимптомных нарушений, которые часто оказываются неотраженными в медицинской документации при направлении на МСЭ. Это обуславливает необходимость в дополнительных методах обследования и удлинении сроков экспертизы.

Для больных с поражением медиобазальных отделов лобной коры характерны эмоциональные наруше-

ния. Они становятся несдержанными, расторможенными, беспечными. Прогрессирование психических расстройств приводит к тяжелым изменениям личности с эйфорией, эмоциональным снижением, нарушением критики. Самооценка таких больных неадекватная, характерна анозогнозия (недооценка степени тяжести заболевания). Встречаются дезориентировка в месте и времени, наличие конфабуляций [1, 2].

Локальные поражения лобных долей в нашей экспертной практике отмечаются редко, чаще в Главное бюро с целью проведения специальных видов обследования направляют больных с сочетанной патологией.

Экспериментально-психологическое обследование таким больным проводится нами в стандартной форме. Оценивается состояние произвольного внимания (объем, устойчивость, концентрация, распределение, переключение), памяти (обычно словесно-логической), мышления (наличие структурных нарушений, связанных с операциональными возможностями человека; нарушений интенции мышления, связанных с мотивационной направленностью человека; расстройств динамики мышления; наличие стереотипий (итераций) мышления; патологии суждений и умозаключений), возможности счетной деятельности, чтения и письма, состояние устной речи (экспрессивной и импрессивной ее стороны), гнозиса и праксиса. При психологическом обследовании больных с подозрением на нарушения «лобного типа» обращают особое внимание на следующие аспекты [7]:

1. Контроль за выполняемой деятельностью. Оцениваются следующие параметры: отсутствие нарушений; возможность самостоятельной коррекции допускаемых больным единичных ошибок; возможность коррекции с помощью психолога допускаемых больным единичных ошибок; возможность коррекции с помощью психолога допускаемых больным множественных ошибок; полное отсутствие контролирования процесса и результатов деятельности.

2. Программирование деятельности. Оцениваются следующие параметры: отсутствие нарушений; необходимость подсказки (помощи) в начале выполнения задания; потеря (сокращение) программы в процессе выполнения задания (но подсказка эффективна); замена элементов выполняемой программы стереотипами в процессе выполнения деятельности; программа деятельности не формируется.

3. Произвольная регуляция деятельности. Оцениваются следующие параметры: отсутствие нарушений; выполнение задания при самостоятельном речевом контроле; выполнение заданий при речевой регуляции со стороны психолога; выполнение заданий только совместно с психологом; отсутствие произвольной регуляции.

4. Активационное обеспечение деятельности. Оцениваются следующие параметры: отсутствие нарушений; замедленное включение в отдельные задания; колебания продуктивности; общая истошаемость; истошаемость в пределах одной пробы.

5. Динамические параметры деятельности. Оцениваются следующие параметры: отсутствие нарушений; общая замедленность деятельности; дезавтоматизация деятельности; трудности переключения в отдельных заданиях; застревание на отдельных элементах программы деятельности.

Наличие и выраженность подобных нарушений обязательно верифицируются неврологом-экспертом и психиатром-экспертом.

При синдроме поражения лобной доли у больного

регуляторные функции более нарушены, чем другие когнитивные функции. Пропорциональность выраженности нарушений регуляторных функций другим когнитивным функциям указывает на нарушения другого типа [8].

В качестве примера предлагаем следующий случай из экспертной практики, вызвавший затруднения в экспертной оценке при освидетельствовании в бюро смешанного профиля, потребовавший совместного освидетельствования больного двумя экспертными составами Главного бюро (смешанного и психиатрического профиля).

Больной Н., 1990 года рождения (22 года), освидетельствовался впервые 29.01.13 в бюро МСЭ смешанного профиля. На момент освидетельствования больной не учился и не работал, трудового стажа не имеет. Закончил в 2007 г. среднюю общеобразовательную школу, где отличался способностью к математике и примерным поведением (со слов больного). В июне 2012 г. окончил экономический факультет университета, собирался работать в налоговой инспекции.

Сведения из анамнеза: 01.07.12 получил множественные огнестрельные ранения из травматического оружия (головы, грудной клетки, мошонки – криминальная травма, вступился за девушку). 01.07.12 в МСЧ ФМБА России произведены декомпрессионная трепанация черепа в левой лобно-височной области, удаление дефектов ткани, извлечение пули. 11.12.12 в нейрохирургическом отделении городской больницы произведена краниопластика протакрилом костного дефекта в левой лобно-височной области. В послеоперационном периоде на 3-и сутки выявлены признаки внутричерепной гематомы, подтвержденные данными мультиспиральной компьютерной томографии головного мозга. 14.12.12 произведены удаление послеоперационной подкожной и эпидуральной гематомы, краниопластика без менингоэнцефалолиза. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога по месту жительства. Заключение психиатра ЛПУ от 17.01.13: остаточные явления огнестрельного ранения черепа и головного мозга в левой лобно-височной области, легкие когнитивные расстройства. 29.01.13 освидетельствован в бюро смешанного профиля по справке ВК от 28.01.13 (на момент осмотра врачебной комиссией городской поликлиники оснований для направления на МСЭ не выявлено) и по личному заявлению направлен в Главное бюро МСЭ для получения консультативного заключения.

Заключение психолога бюро от 29.01.13. При оценке состояния когнитивных процессов выявляются легкие нарушения мышления, эмоционально-волевой сферы по органическому типу. Умственная работоспособность снижена незначительно.

В Главном бюро больной осмотрен специалистами экспертного состава и направлен на психологическое обследование.

Данные психологического обследования в экспертном составе Главного бюро МСЭ смешанного профиля от 05.02.13: больной Н. предъявляет жалобы на вялость, слабость, утомляемость, перепады настроения, раздражительность, появилось равнодушие, безразличие (в том числе и к своей девушке), ухудшилась память («забыл имена, фамилии, улицы, но налоги каким-то образом помню, могу перечислить»), «стал очень спокойным», «смотрю фильм с любимыми актерами, всегда их смотрел, через 20 мин появляется равнодушие, ухожу, затем возвращаюсь, но смотреть этот фильм не могу, раздражает все»). Психически больным себя не

считает. Планы на будущее: «хочу работать по своей специальности, завести когда-нибудь жену и детей пару». Отношения с психологом устанавливает сразу, но поверхностные. Речь понятная, среднего темпа, фразовая, многословная не по делу, очень активная, в рассуждениях вязнет. Словарный запас достаточный. Обращенную речь понимает верно. В личных данных, времени, месте ориентирован полностью. Инструкции понимает верно, но долго придерживаться их не может. Темп деятельности варьирует от быстрого до замедленного, неустойчивый (в пределах одного и того же задания). Фон настроения повышен с явлениями нескритичности, беззаботности, беспечности. На обследовании держится довольно доброжелательно, но беспокойно, явления тревоги, внутреннего напряжения заметны. В коридоре, ожидая приглашения, сидел спокойно, в контакт с другими больными не вступал, общие разговоры не поддерживал. Отношение к выполняемой деятельности, удаче, ошибкам, замечанию, одобрению не всегда адекватное (часто безразличен, формален). Интеллект снижен. Продуктивность интеллектуальной деятельности в беседе и ЭПО снижена.

Внимание: таблицы Шульце – 34, 36, 45, 43, 38 с (выполняет достаточно старательно, на задании сосредоточен, после 3-й таблицы пожаловался на усталость, но задание продолжил, часто комментирует выполняемое задание и деятельность). Отсчитывание от 100 по 13 выполняет быстро, без ошибок, уверенно, за 12 с. Количественные показатели нормативные.

Память: Мнемограмма – 5-6-6-6-9 (внимание неустойчивое, слабо вовлекается в деятельность по запоминанию, много комментирует, отношение к запоминанию несерьезное, поверхностное). Отсроченное воспроизведение – 3 верных слова и 4 лишних слова (вплетения по ассоциации), рассуждает: «...я помню только сколько букв в словах было, слово из 3 букв и слово из 5, я особо слов не запоминаю, хи-хи-хи...». Пересказ самостоятельно прочитанного рассказа (чтение среднего темпа, без ошибок) «Логика» выполнил формально почти полностью, часто пожимая плечами в недоумении по поводу содержания рассказа, с неохотой, без интереса. Мораль выделил неверно, обстоятелен, характерно пустое рассуждательство («...чисто по буквам, по словам, хотел сын достать еще 2 яйца, видимо, учеба снесла сыну маразм, какая там логика – будто в этих 3 яйцах еще 2 яйца, это не количество, а название, первое, второе, третье, четыре яйца, почему мне 2 яйца понравилось? Хе-хе-хе...») – монолог обследуемого самостоятельно не заканчивается). Эмоции не соответствуют сюжету рассказа.

Мышление: при исследовании логической стороны мышления с помощью методик на сравнение понятий, исключение предметов выявляются значимые нарушения мыслительной деятельности. Обобщает, сравнивает по конкретным, несущественным, латентным признакам, соскальзывает на ассоциации, редко возвращается к заданию самостоятельно. Метафоры и пословицы понимает не все, объясняет конкретно, с длинным пустым рассуждательством, вязок, ригиден, обстоятелен, соскальзывает на свои ассоциации, не возвращается к инструкции. Сложные пословицы не смог объяснить. Соотнесение пословиц выполняет неверно, с комментариями «тут под стих ничего не попадает», на верные ответы говорит – «бред какой-то, если оно спешное, а вдруг оно убежит куда-то...». С одинаковой вероятностью выбирает ответы со снижением уровня обобщения, верные, с искажением уровня. В

целом при выполнении проб многословен, постоянно комментирует варианты ответов. Таблицу умножения знает, отвечает верно, сразу, без комментариев, четко. Задача в 2 действия доступна, но решил не сразу, с направляющей помощью психолога, отмечаются явления импульсивности, некритичности (сам навык решения задач автоматизированный, но не может самостоятельно осмыслить вопрос к задаче, построить план решения). Рассказ по серии сюжетных картинок Битструп: хронологию событий не установил, связь событий не понимает, умозаключения непоследовательные. Описал сюжетную серию как набор бессмысленных картинок с непонятными героями и действиями, отстраненно, в ситуацию не включается, формален. Эмоции малодифференцированные, невыразительные. В целом помощь при выполнении заданий частично эффективна. Темп мышления средний, работает поверхностно, некритичен к результатам. Выявляются значимые нарушения интенции в виде частых соскальзываний, резонерства. Уровень обобщения и абстрагирования снижен. Причинно-следственные отношения на простом материале самостоятельно не устанавливает.

Речь (устная и письменная) без значимых нарушений.

Эмоционально-волевая и личностная сферы нарушены. Истинное переживание болезни отсутствует.

Поведение в процессе обследования очень активное (не по делу), упорядоченность и целенаправленность поведения и эмоций нарушены.

Заключение: 1) выявляются умеренной степени изменения когнитивных процессов по органическому и астеническому типам; 2) интеллект снижен; 3) установочное поведение не выявлено.

Далее больной проконсультирован в экспертном составе психиатрического профиля Главного бюро, подтверждена умеренная степень нарушений психических функций с ограничениями способности к общению первой степени и к трудовой деятельности первой степени. Установлен клинко-функциональный диагноз: «Органическое заболевание головного мозга травматического генеза, восстановительный период, прогрессивное течение со стойкими умеренными когнитивными нарушениями. Умеренное нарушение психических функций».

В экспертном составе Главного бюро смешанного профиля установлен следующий клинко-функциональный диагноз: «Восстановительный период тяжелой черепно-мозговой травмы (ушиб головного мозга тяжелой степени, декомпрессивная трепанация черепа в левой лобно-височной области от 01.07.12, удаление инородного тела – пули), пластика костного дефекта протакрилом (11.12.12), осложнившаяся послеоперационной подкожной и эпидуральной гематомами. Состояние после повторного оперативного лечения: удаления подкожной и эпидуральной гематом, крианиопластика без менингоэнцефалолиза (14.12.12). Пирамидная недостаточность справа, легкий вестибулоатактический синдром, атрофическая киста левой височной доли размером 52×47×28 мм (МРТ от 12.02.13). Органическое заболевание головного мозга травматического генеза, восстановительный период, прогрессивное течение со стойкими умеренными когнитивными нарушениями. Умеренные нарушения психических и статодинамических функций». Определены ограничения в категориях: передвижение – первой степени, общение – первой степени, трудовая деятельность – второй степени.

Выводы

1. Диагностические критерии оценки (степени выраженности, стойкости) нарушений психической деятельности при поражении лобных отделов головного мозга специалистами ЛПУ и службы МСЭ не всегда совпадают, находятся в процессе становления и нуждаются в дальнейшем уточнении, выработке единых унифицированных подходов.

2. В процессе экспертизы у специалистов службы МСЭ могут возникать разночтения в трактовке тех или иных симптомов, особенно касающихся нарушений высшей психической деятельности. Такие экспертные ситуации требуют детального анализа клинической картины и понимания механизмов возникновения симптоматики (что требует знания топической диагностики).

3. Для МСЭ всегда актуальными являются точная диагностика нарушений когнитивных функций, их стойкости и степени выраженности и определение необходимого комплекса реабилитационных мероприятий при формировании индивидуальной программы реабилитации или программы реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Густов А.В., Мельникова Т.В., Гузанова Е.В. Синдромы нарушений высших психических функций в неврологической практике: Учебное пособие. Нижний Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии; 2005.
2. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.; 1987.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.; 1973.
4. Лурия А.Р. Схема нейропсихологического исследования. М.: Издание МГУ; 1973.
5. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб: Стройлеспечат; 1997.
6. Глоzman Ж.М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. М.: Центр лечебной педагогики; 1999.
7. Рошнина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого и старческого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998; т. 98 (2): 34–9.
8. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М.: МЕДпресс-информ; 2011.

REFERENCES

1. Gustov A.V., Mel'nikova T.V., Guzanova E.V. Syndromes of violations of higher mental functions in neurological practice: a Training manual. Nizhnij Novgorod: Izdatel'stvo Nizhegorodskoj gosudarstvennoj medicinskoj akademii; 2005 (in Russian).
2. Homskaja E.D. Neuropsychology. Moscow, 1987 (in Russian).
3. Lurija A.R. The basis of neuropsychology. Moscow, 1973 (in Russian).
4. Lurija A.R. The scheme of neuropsychological studies. Moscow: Izd. MGU, 1973 (in Russian).
5. Vasserman L.I., Dorofeeva S.A., Meerson Ja.A. Methods of neuropsychological diagnostics. SPb: Strojlespechat', 1997 (in Russian).
6. Glozman Zh.M. Quantitative assessment of data neuropsychological examination. Moscow: Centr lechebnoj pedagogiki, 1999 (in Russian).
7. Roshhina I.F., Zharikov G.A. Neuropsychological method in the diagnosis of mild dementia in elderly and senile age. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova, 1998; 98(2): 34–9 (in Russian).
8. Levin O.S. Algorithms for the diagnosis and treatment of dementia. Moscow: MEDpress-inform, 2011 (in Russian).

Поступила 27.02.13