

## ДИАГНОСТИКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИНСУЛЬТ

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», Днепропетровск

**Разработан алгоритм диагностики характера и степени когнитивной дисфункции при артериальной гипертензии, который предусматривает оценку функций сознания и ориентации, темперамента и личностных функций, глобальных психосоциальных, интеллектуальных, волевых и побудительных функций, памяти, мышления и внимания.**

*Ключевые слова:* артериальная гипертензия, инсульт, когнитивные функции, алгоритм диагностики, медико-социальная экспертиза.

Ухудшение качества жизни при артериальной гипертензии (АГ), а особенно после инсульта, ассоциируется с множеством факторов, среди которых когнитивные нарушения играют ведущую роль [1]. В Украине общая заболеваемость АГ составляет более 12 млн человек и составляет 31% взрослого, 35% трудоспособного населения и 44% лиц пожилого возраста. В структуре распространенности и заболеваемости системы кровообращения цереброваскулярная патология (ЦВП) в 2013 г. составляла соответственно: среди взрослых — 11,9 и 16,0%, трудоспособных — 7,1 и 10,6%, лиц пожилого возраста — 14,6 и 20,9% [2]. В 2014 г. ЦВП в Украине занимала 4-е место в структуре первичной инвалидности взрослого и трудоспособного населения (соответственно 9,5 и 7,9%). Основным инвалидизирующим заболеванием этой категории стал мозговой инсульт (МИ), формирующий ограничения жизнедеятельности вследствие очагового функционального дефицита (двигательные, координаторные, речевые, когнитивные нарушения), наличие и выраженность которых может быть основанием для установления группы инвалидности [3]. При этом критерии дифференциальной диагностики этих нарушений очень нечеткие, а границы между возрастным и мягким когнитивным снижением памяти, легкими и умеренными когнитивными нарушениями весьма размыты. До настоящего времени не сформулированы стандартизованные подходы для оценки когнитивных функций в практике медико-социальной экспертизы.

Цель данной работы — разработать алгоритм диагностики когнитивных функций у лиц, перенесших МИ.

Открытое контролируемое исследование, проводившееся на базе ГУ «УкрГосНИИ МСПИ МЗ Украины», включало 39 больных АГ III ст. в отда-

ленном периоде после перенесенного МИ. Среди обследованных было 30 мужчин и 9 женщин, средний возраст которых составил 43,4 года, длительность АГ — 3,7 года. АГ и МИ диагностировались в соответствии с действующими нормативными документами [4, 5].

Для установления психологических особенностей больных были использованы: методика Г. Шмишека [6], тест Р. Кеттелла, мини-мульти [7], личностный опросник Бехтеревского института [8]. Когнитивные функции изучали при помощи тестов: «Корректирующие таблицы» Бентона, «Таблицы Шульте», методика Мюнстерберга [8]; «Запоминание 10 слов» по А. Р. Лурии, «Образная память», «Зрительная память», «Смысловая память», «Объем кратковременной памяти», «Выделение существенных признаков», «Исключение лишнего», «Простые аналогии», методика Эббингауза, «Краткий ориентировочный тест» [6].

Для оценки значимости когнитивных функций при АГ, используя метод Кендалла проводили, ранжировку показателей исследования согласно их индивидуальной ценности [9]. Для каждого показателя  $x$  определяли интервал  $[x_{min}; x_{max}]$ , где  $x_{min}$  — минимальное,  $x_{max}$  — максимальное значения показателя. Находили интервал изменения значений показателя и подсчитывали количество пациентов, у которых значения показателя не попали в общий интервал. Это количество рассматривали как вес: чем он выше, тем более значимым (информативным) считали показатель. Для получения более устойчивых результатов несколько раз применяли метод у случайно выбранных 95% пациентов, найденный вес усредняли.

Легкие когнитивные нарушения выявлены в 74,2% случаев, умеренные — у 25,8% обследованных с АГ III ст. в отдаленном периоде после МИ. Согласно R. Petersen, J. Touchon

[10], синдром умеренных когнитивных расстройств является клинически разнородной проблемой. Исследователи выделили четыре основных типа синдрома умеренных когнитивных расстройств: монофункциональный анамнестический и неанамнестический, полифункциональные с нарушениями и без нарушений памяти. Среди обследованных нами пациентов монофункциональный анамнестический и полифункциональный типы с нарушением памяти встречались в 13,5 и 83,8 % случаев, полифункциональный тип без нарушения памяти — у 2,7 % пациентов с АГ III ст. Значительные нарушения когнитивных функций у больных с АГ III ст. наблюдались в памяти (в 97,3 % случаев), во внимании — у 90,6 %, в интеллекте — у 75,6 % и в мышлении — у 64,9 %.

Для применения в практике медико-социальной экспертизы нами предложен алгоритм оценки когнитивных функций, базирующийся на Международной классификации функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья (МКФ). МКФ рассматривает умственные функции среди функций организма. В разделе умственных функций перечисляются функции мозга: глобальные (сознание, сила и побуждение) и специфические (память, язык и вычисления) [11].

Если рассматривать темперамент и личностные функции как глобальные умственные функции у больных с АГ, то наиболее значимыми среди них являлись: шкалы Pt-психастении (3,2), Sc-шизоидности (2,4), D-депрессии (2,3), Hs-ипохондри (2,0), Ну-истерии (1,5), Pd-психопатии (1,2); демонстративная (1,9), дистимическая (1,1), тревожная (1,1), возбудимая (1,0) акцентуации характера. Верхние границы показателей, характеризующих темперамент и личностные функции больных с АГ III ст., составляли по: Pt-психастении (74,4), Sc-шизоидности (76,2), D-депрессии (84,2), Hs-ипохондри (78,7), Ну-истерии (86,3), Pa-паранойи (81,6), желанию представить себя «в выгодном свете» (72,7 Т-балла), что свидетельствовало о значимости именно этих шкал.

Среди интеллектуальных, волевых и побудительных функций у лиц с МИ в разрезе глобальных умственных функций наиболее информативными являлись: эмоциональные стабильность — лабильность (1,3), эмоциональность — высокая нормативность поведения (1,3), радикализм — консерватизм (1,1), расслабленность — напряженность (1,1), доверчивость — подозрительность (1,0), низкий — высокий самоконтроль (1,0). Верхние границы показателей, описывающих эти функции больных с АГ III ст., были высокими в оценке эмоциональной стабильности — лабильности (6,7), радикализма — консерватизма (4,7), расслабленности — напряженности (7,4),

доверчивости — подозрительности (8,0), замкнутости — общительности (6,6), что свидетельствовало об их значимости.

В эмоциональном интеллекте как глобальной умственной функции больных с АГ наиболее весомыми были: управление своими (1,3) и чужими (1,2) эмоциями, интегральный уровень общего эмоционального интеллекта (1,1), межличностный эмоциональный интеллект (1,0). Показатели эмоционального интеллекта были высокими в управлении своими и чужими (54,3) эмоциями, межличностном (51,2) и внутриличностном (59,6) эмоциональном интеллекте, понимании своих и чужих (55,9) эмоций, что подтверждает значимость полученных результатов.

Оценка внутренней картины болезни у пациентов с АГ как глобальной психосоциальной функции показывала, что наиболее информативными среди типов отношения к болезни (ТОБ) были: анозогнозический (2,3), эйфорический (2,2), тревожный (2,1), эгоцентрический (2,0). Верхние границы ТОБ у больных с перенесенным МИ были значимыми по показателям: анозогнозического (5,0), эйфорического (6,4), тревожного (6,4), апатического (3,4) и меланхолического (4,7) ТОБ.

Во внимании как специфической умственной функции больных с АГ весомыми оказались: избирательность внимания (2,2), эффективность работы (1,5), адаптация внимания (1,3), коэффициент асимметрии внимания (1,1). Верхние границы показателей внимания у пациентов с АГ III ст. отличались в оценке эффективности работы (100,0), избирательности внимания (14,8), коэффициента асимметрии внимания (2,4), объема динамического внимания (14,0).

В памяти как специфической умственной функции больных АГ наиболее информативными были: содержательная (2,5), краткосрочная речеслуховая память 3-й (1,4), 5-й (1,1) проб, образная память (0,4), объем кратковременной памяти (0,4). Верхние границы показателей памяти у больных с АГ III ст. различались в оценке содержательной (5,3) и объема кратковременной памяти (11,2).

В мышлении как специфической умственной функции больных с АГ значимыми выступали: интегральный показатель общих умственных способностей (2,3), умение отличать разнородные понятия (2,2), продуктивность мышления (2,1), понимание логических связей между понятиями (1,3). Верхние границы показателей мышления пациентов с МИ отличались по интегральному показателю общих умственных способностей (33,8) и уровню логического мышления (41,9).

На основании полученных результатов нами разработан алгоритм диагностики характера

и степени когнитивной дисфункции при АГ, имеющий расширенный и экспресс-варианты, пошаговый характер и предусматривающий согласно МКФ оценку у больных АГ: функции сознания и ориентации (шаг 1), темперамента и личностных функций (шаг 2), интеллектуальных, волевых и побудительных функций (шаг 3), глобальных психосоциальных функций (шаг 4), памяти (шаг 5), мышления (шаг 6) и внимания (шаг 7) [12].

Таким образом, данный алгоритм диагностики характера и степени когнитивной дисфункции при АГ является одним из элементов разрабатываемой информационной технологии оценки когнитивных функций в практике медико-социальной экспертизы, что будет способствовать снижению уровня инвалидности, улучшению качества жизни пациентов и их интеграции в общество, а также оптимизации использования материальных ресурсов для компенсации и реабилитации инвалидов.

#### Список литературы

1. Мурашко Н. К. Критерии оценки когнитивных нарушений после инсульта / Н. К. Мурашко, Ю. Д. Залесная, В. Г. Липко // *Международ. мед. журн.*— 2012.— № 3.— С. 13–20.
2. Хвороби системи кровообігу як медико-соціальна і суспільно-політична проблема: аналітично-статистичний посібник; під ред. В. М. Коваленко, В. М. Корнацького.— К.: ДУ «Національний науковий центр “Інститут кардіології імені акад. М. Д. Стажеска”», 2014.— 279 с.
3. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2014 рік: аналітико-інформаційний довідник; за ред. С. І. Черняка.— Дніпропетровськ: Акцент ПП, 2015.— 167 с.
4. Наказ МОЗ України від 14.02.2002 р. № 54 «Про затвердження класифікації захворювань органів системи кровообігу» [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246)
5. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 «Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою» [Електронний ресурс].— Режим доступу: [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246)
6. Римская Р. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других / Р. Римская, С. Римский.— М.: АСТ-Пресс, 2000.— 376 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методы и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах, 2002.— 172 с.
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс-информ, 2002.— 592 с.
9. Айвазян С. А. Классификация многомерных наблюдений / С. А. Айвазян, З. И. Бежаева, О. В. Староверов.— М.: Статистика, 1974.— 240 с.
10. Petersen R. Consensus on mild cognitive impairment / R. Petersen, J. Touchon // *Research and practice in AD. EADS-ADCS joint meeting.*— 2005.— Vol. 10.— P. 24.
11. Методологія вивчення когнітивних функцій з позиції Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я / І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, Л. Г. Степанова [та ін.] // *Мед. психологія.*— 2015.— № 2.— С. 7–10.
12. Когнітивні функції в практиці медико-соціальної експертизи / І. В. Дроздова, В. В. Храмцова, О. М. Мацуга [та ін.]— Д., 2015.— 59 с.

## ДІАГНОСТИКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

І. В. ДРОЗДОВА, С. Я. ЯНОВСЬКА

**Розроблено алгоритм діагностики характеру та ступеня когнітивної дисфункції при артеріальній гіпертензії, який передбачає оцінку функцій свідомості та орієнтації, темпераменту та особистісних функцій, глобальних психосоціальних, інтелектуальних, волевих та спонукальних функцій, пам'яті, мислення та уваги.**

*Ключові слова:* артеріальна гіпертензія, інсульт, когнітивні функції, алгоритм діагностики, медико-соціальна експертиза.

## DIAGNOSIS OF COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH A HISTORY OF STROKE

I. V. DROZDOVA, S. Ya. YANOVSKA

**The algorithm of diagnosis of the nature and degree of cognitive dysfunction in arterial hypertension, which assesses the function of consciousness and orientation, temper and personality functions, global psychosocial, intellectual, volitional and incentive functions, memory, thinking and attention, was developed.**

*Key words:* arterial hypertension, stroke, cognitive functions, algorithm of diagnosis, medico-social examination.

Поступила 26.08.2015