

ОЦІНКА КОГНІТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності
МОЗ України», Дніпро

Розроблено підходи до оцінки когнітивних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію II і III ст. (після мозкового інсульту). При оцінці когнітивних функцій таких хворих визначено найбільш інформативні показники в увазі, пам'яті, мисленні, емоційному інтелекті. Зазначено, що вивчення структури особистості та когнітивних функцій є перспективним напрямом в об'єктивізації психоемоційних порушень у хворих на артеріальну гіпертензію, тому має бути обов'язковим у практиці медико-соціальної експертизи.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, мозковий інсульт, когнітивні функції, особистісні особливості, медико-соціальна експертиза.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з найважливіших медико-соціальних проблем внаслідок значної поширеності та частих серцево-судинних ускладнень і когнітивного дефіциту, що визначає високі рівні захворюваності, обмежень життєдіяльності та смертності [1]. У результаті цього захворювання у пацієнтів спостерігається когнітивна дисфункція — порушення однієї чи кількох когнітивних функцій (пам'яті, праксису, гнозису, мовлення, регуляції довільної діяльності). У цілому когнітивні порушення можна розділити на легкі (збереження можливості жити самостійно), помірні (необхідність обслуговування у незначній мірі) та з розвитком судинної або змішаної деменції (повна неможливість самообслуговування) [2].

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) виділено категорії: легкі, помірні та виражені когнітивні порушення. Останні, до яких належить деменція, спричиняють значні труднощі у повсякденній діяльності пацієнта. Помірні когнітивні порушення (ПКП) не змінюють буденну діяльність, але можуть негативно впливати на найбільш складні види активності. Легкі когнітивні порушення (ЛКП) відзначаються суб'єктивно, проте не заважають професійній, соціальній та побутовій адаптації пацієнта [3–5].

У Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) розумові функції розглядаються серед функцій організму [4]. Впровадження МКФ в Україні визначило необхідність дослідження та об'єктивізації когнітивних функцій (глобальних і специфічних розумових функцій) поряд із вивченням структур і функцій організму, активності та участі, факторів контексту, особливо в практиці медико-соціальної

експертизи. У розділі розумових функцій перераховано функції мозку: глобальні та специфічні. Серед глобальних виділяють функції свідомості, орієнтації, інтелектуальні, глобальні психосоціальні, темперамент і особистісні, вольові та спонукальні, функції сну. При вивченні специфічних розумових функцій оцінюють увагу, пам'ять, сприйняття, емоції, мислення, психомоторні, пізнавальні функції високого рівня, розумові функції мови і послідовних складних рухів, функції обчислення, самовідчуття й відчуття часу.

У зв'язку з відсутністю єдиних методологічних підходів до вивчення когнітивних функцій використовується значна кількість методик, які дають лише скринінгову оцінку на протигагу повній, всебічній та високоінформативній, що вкрай важлива для практики медико-соціальної експертизи [2, 5]. Дотепер не визначено методичні підходи до вивчення когнітивних функцій з позиції МКФ; не вказано роль особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби, функцій пам'яті, уваги, мислення, інтелекту у формуванні когнітивних функцій хворих на АГ та недостатньо викладено питання їх діагностики; відсутній діагностичний алгоритм виявлення характеру та ступеня когнітивної дисфункції при АГ.

Мета нашої роботи — розробити підходи до оцінки когнітивної дисфункції у хворих на АГ у практиці медико-соціальної експертизи.

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилось на базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», після отримання інформованої згоди охоплювало 139 хворих віком 30–59 років з есенціальною АГ II та III ст.

(у відновному періоді або з наслідками перенесеного інсульту). Усіх обстежених пацієнтів було розподілено на дві групи: першу — 29 хворих на АГ II ст. та другу — 110 хворих на АГ III ст. Середній вік пацієнтів з АГ II ст. становив $48,1 \pm 3,1$, а з АГ III ст. — $45,3 \pm 5,6$ року. Серед обстежених було 59,7% чоловіків і 40,3% жінок. У хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому $4,4 \pm 1,8$ року; у 84 (76,3%) осіб давність перенесеного інсульту становила менше 5 років, у 19 (17,3%) — 5–10 років, у 7 (6,4%) — 11–20 років. У 9 пацієнтів трапився повторний інсульт, в одного — два інсульти.

Акцентуації характеру пацієнтів ми визначали за опитувальником Г. Шмішека, особистісні особливості — за методикою Міні-мулт (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості — СБОО), характерологічні риси — за Багатофакторною особистісною методикою Р. Кеттела, типи ставлення до хвороби (ТСХ) — за Особистісним опитувальником Бехтеревського інституту. За опитувальником емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна встановлювали особливості емоційного інтелекту. Визначали увагу за допомогою таблиць Шульте, методики Мюнстерберга, Коректурної таблиці Бентона. Дослідження пам'яті здійснювалося із використанням тестів: «Образна пам'ять», «Зорова пам'ять», «Змістова пам'ять», «Об'єм короткотривалої пам'яті», «Запам'ятовування 10 слів» А. Р. Лурії. Загальні розумові здібності досліджували за допомогою Короткого орієнтовного тесту (КОТ), процеси мислення — методик «Виділення істотних ознак», Еббінгауза, «Виключення зайвого», «Простих аналогій» [6–11].

Статистичну обробку виконували із обчисленням t -критерію Стьюдента для порівняння середніх величин та критерію χ^2 для порівняння відносних [12]. Оцінку значущості когнітивних функцій при АГ проводили за допомогою ранжування показників дослідження згідно з їх індивідуальною цінністю для розпізнавання ЛКП і ПКП, використовуючи метод Кендалла [12]. Відповідно до схеми застосування методу в рамках ЛКП і ПКП хворих з АГ II та III ст. для кожного показника x визначали інтервал $[x_{\min}; x_{\max}]$, де x_{\min} — мінімальне, x_{\max} — максимальне значення. Знаходили інтервал зміни значень показника, спільний в обох випадках, і підраховували кількість пацієнтів, у яких значення показника не потрапляли до спільного інтервалу. Цю кількість розглядали як вагу: чим вона вища, тим більш значущим (інформативним) вважали показник. Для одержання стійких результатів метод застосовували кілька разів до випадково обраних 95% пацієнтів, знайдені ваги усереднювали.

Відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 легкі когнітивні розлади було встановлено психологом у 100,0% хворих першої групи, 74,2% — другої; помірні — у 25,8% обстежених з АГ III ст.

На думку R. Petersen, J. Touchon [13], синдром ПКП є клінічно різноманітним захворюванням, що відображає його нозологічну гетерогенність. Автори виділили чотири основні типи синдрому ПКП: монофункціональні — анамнестичний та неамнестичний, поліфункціональні — з порушенням пам'яті та без нього. Монофункціональний анамнестичний тип (МФАТ) характеризується ізольованим порушенням функції пам'яті при збереженій критиці, інтелекті та інших вищих психічних функціях. При поліфункціональному типі (ПФАТ) з наявністю змін пам'яті визначається одночасне порушення кількох когнітивних функцій, включаючи пам'ять. Поліфункціональний тип без порушень пам'яті (ПФТБПП) характеризується ураженням кількох когнітивних функцій при збереженій пам'яті. Монофункціональний неанамнестичний тип (МФНТ) характеризується порушеннями однієї когнітивної функції: інтелекту, праксису, гнозису або мовлення. Серед обстежених нами пацієнтів МФАТ і ПФАТ траплялися відповідно у 44,4 і 55,6% хворих на АГ II ст. та у 13,5 і 83,8% пацієнтів з АГ III ст.; при цьому серед осіб з АГ III ст. у 2,7% випадків діагностувався ПФТБПП.

Якщо розглядати окремо порушення уваги, пам'яті, мислення та інтелекту у хворих з АГ, то слід зазначити, що вони відбувалися різним чином. Нормальна увага діагностувалася у 22,2% хворих першої і 9,4% другої груп. Легкі порушення уваги у хворих з АГ II і III ст. спостерігалися в 77,8 і 81,2% випадків відповідно; помірні — лише у 9,4% пацієнтів з АГ III ст. У нормі пам'ять оцінено у 55,6 і 2,7% обстежених у першій і другій групах відповідно. Легкі порушення пам'яті визначено у 22,2 і 62,2% пацієнтів з АГ II і III ст., помірні — у 22,2 і 35,1% відповідно. Процеси мислення як нормальні встановлено в 55,6% осіб першої та 35,1% другої груп. Легкі порушення мислення у хворих на АГ II і III ст. спостерігалися в 44,4 і 29,8% випадків, помірні — лише у 35,1% обстежених з АГ III ст. Інтелектуальні здібності в нормі відзначалися у 55,6% першої групи та 24,4% — другої. Легкі порушення інтелекту були у 22,2 і 32,4% пацієнтів з АГ II і III ст., помірні — у 22,2 і 43,2% відповідно. Отже, можна зазначити, що найбільш значущі ураження когнітивних функцій серед осіб з АГ II і III ст. відзначалися в пам'яті (44,4 і 97,3% випадків відповідно), увазі (77,8 і 90,6%), інтелекті (44,4 і 75,6%), мисленні (44,4 і 64,9%). Проте ці дані недостатньо свідчили про найбільш вразливі сфери когнітивної діяльності хворих на АГ.

Таблиця 1

Межі показників темпераменту та особистісних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники темпераменту та особистісних функцій	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Подання себе у вигідному світлі	4,7	33,9–63,0	41,7–92,6
Pa — паранояльність	4,3	34,4–70,2	46,0–98,7
Sc — шизоїдність	3,9	34,3–67,2	48,2–83,8
Дистимічна акцентуація характеру	3,1	1,0–11,4	4,1–16,2
Ma — гіпоманія	2,9	31,7–68,1	42,7–82,3
D — депресія	2,9	29,9–77,1	42,5–97,2
Pt — психастенія	2,6	32,3–69,5	43,4–81,6
Тривожна акцентуація характеру	2,2	0,6–19,3	4,5–25,5
Hu — істерія	2,1	49,0–83,2	62,3–86,5
Збудлива акцентуація характеру	2,1	0,9–20,8	6,8–24,7
Hs-іпохондрія	2,1	40,8–74,9	50–82,3
Педантична акцентуація характеру	2,0	3,3–19,2	4,2–26,3
Pd — психопатія	1,8	27,7–68,4	35,6–77,7
Циклотимічна акцентуація характеру	1,2	3,3–21,9	6,0–24,7
Застрягаюча акцентуація характеру	1,2	6,3–21,2	8,7–23,3

www.mps.kh.ua

Дослідження темпераменту та особистісних функцій як глобальних розумових у хворих на АГ із ЛКП і ПКП показало, що найбільш інформативними серед них були: бажання подати себе у вигідному світлі (4,7 бала), Pa — паранояльність (4,3 бала), Sc — шизоїдність (3,9 бала), Ma — гіпоманія (2,9 бала), D — депресія (2,9 бала), Pt — психастенія (2,6 бала), Hu — істерія (2,1 бала), Hs — іпохондрія (2,1 бала), Pd — психопатія (1,8 бала); дистимічна (3,1 бала), тривожна (2,2 бала), збудлива (2,1 бала), педантична (2,0 бала), циклотимічна (1,2 бала), застрягаюча (1,2 бала) акцентуації характеру (табл. 1).

Верхні межі показників темпераменту та особистісних функцій в обстежених хворих значно різнилися за показниками: бажання подати себе у вигідному світлі, Pa — паранояльності, Sc — шизоїдності, Ma — гіпоманії, D — депресії, Pt — психастенії, що свідчило про більш виражені відмінності саме за цими даними (табл. 1).

Найбільш інформативними серед інтелектуальних, вольових та спонукальних функцій як

Таблиця 2

Межі показників інтелектуальних, вольових та спонукальних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники інтелектуальних, вольових, спонукальних функцій	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Конформізм — нонконформізм	2,6	1,1–9,3	0–6,5
Розслабленість — напруженість	2,2	1,5–7,8	0–7,2
Емоційна стійкість — нестійкість	2,0	0–5,8	0–8,7
Прямолінійність — дипломатичність	1,9	0,4–9,0	0–6,6
Упевненість у собі — тривожність	1,8	0–8,9	0,2–4,0
Стриманість — експресивність	1,6	1,2–9,4	3,9–9,6
Боязливість — сміливість	1,5	0–4,3	0,1–5,4
Довірливість — підозрілість	1,4	0–7,3	0–10,4
Низький — високий самоконтроль	1,1	0–4,9	0–3,4
Практичність — розвинена увага	1,1	0–5,4	0–3,9
Інтелект	0,7	0–8,0	0–8,0
Схильність до почуттів — висока нормативність поведінки	0,5	0,1–3,0	0,4–2,4

глобальних розумових у хворих на АГ з ЛКП і ПКП виявилися конформізм — нонконформізм (2,6 бала), розслабленість — напруженість (2,2 бала), емоційна стійкість — нестійкість (2,0 бала), прямолінійність — дипломатичність (1,9 бала), упевненість у собі — тривожність (1,8 бала), стриманість — експресивність (1,6 бала), боязливість — сміливість (1,5 бала), довірливість — підозрілість (1,4 бала) (табл. 2).

Верхні межі показників інтелектуальних, вольових та спонукальних функцій у хворих на АГ із ЛКП і ПКП значно різнилися за показниками: конформізм — нонконформізм, емоційна стійкість — нестійкість, прямолінійність — дипломатичність, упевненість у собі — тривожність, довірливість — підозрілість, низький — високий самоконтроль, практичність — розвинена увага, що свідчить про більш виражені відмінності саме за цими даними (табл. 2).

Серед ТСХ як глобальних психосоціальних функцій у хворих на АГ із ЛКП і ПКП найбільш інформативними були: апатичний

Таблиця 3

Межі показників глобальних психосоціальних функцій у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники ТСХ	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Апатичний	3,8	0–1,8	0–6,5
Ейфоричний	2,9	0,2–7,3	0–4,0
Меланхолічний	2,7	0–3,7	0–7,2
Неврастенічний	2,5	0–5,1	1,1–6,6
Сенситивний	2,4	0–4,3	0–6,7
Іпохондричний	2,2	0–3,0	0–6,1
Анозогнозичний	1,8	0–5,8	0–2,4
Егоцентричний	1,8	0–3,6	0–4,5
Обсесивно-фобічний	1,3	0–4,0	0–5,9
Паранояльний	0,5	0–4,5	0–4,8
Гармонічний	0,3	1,6–7,6	1,5–7,2
Ергопатичний	0,1	0–7,4	0–7,5

(3,8 бала), ейфоричний (2,9 бала), меланхолічний (2,7 бала), неврастенічний (2,5 бала), сенситивний (2,4 бала), іпохондричний (2,2 бала), анозогнозичний (1,8 бала), егоцентричний (1,8 бала), обсесивно-фобічний (1,3 бала) (табл. 3).

Верхні межі показників ТСХ як глобальних психосоціальних функцій у хворих із ЛКП і ПКП значно різнилися за даними: апатичного, ейфоричного, меланхолічного, іпохондричного, анозогнозичного ставлень до хвороби, що свідчило про більш виражені відмінності саме за ними (табл. 3).

Щодо уваги як специфічної розумової функції у хворих на АГ із ЛПК та ПКП, то найбільш інформативними є показники ефективності роботи (4,4 бала), об'єму динамічної уваги (2,5 бала), індексу втомлюваності уваги (1,8 бала) (табл. 4).

Верхні межі показників уваги як специфічної розумової функції хворих на АГ обох груп значно різнилися за показниками: ефективності роботи, об'єму динамічної уваги, індексу втомлюваності, коефіцієнту асиметрії, вибірковості, що свідчило про більш виражені відмінності саме за цими даними (табл. 4).

У пам'яті як специфічній розумовій функції у хворих на АГ із ЛКП та ПКП найбільш інформативними були: об'єм короткотривалої пам'яті (5,2 бала), короткотривала мовно-слухова пам'ять 4-ї (3,9 бала), 3-ї (3,6 бала), 2-ї (3,5 бала), 5-ї (3,1 бала), 1-ї (2,6 бала) проб, змістовна пам'ять (3,9 бала), образна пам'ять (2,7 бала) (табл. 5).

Верхні межі показників пам'яті як специфічної розумової функції, що обмежували життєдіяльність

Таблиця 4

Межі показників уваги як специфічної розумової функції у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники уваги	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Ефективність роботи	4,4	25,5–78,9	18,0–100,0
Об'єм динамічної уваги	2,5	0–15,7	0–5,4
Індекс втомлюваності	1,8	0,8–1,3	0,4–2,0
Психічна стійкість	0,4	0,8–1,2	0,8–1,2
Коефіцієнт асиметрії	0,3	0–2,6	0–1,7
Адаптація	0,1	0,8–1,2	0,7–1,2
Вибірковість	0,2	1,1–15,1	0–16,8

хворих обох груп, значно різнилися за показниками: короткотривалої мовно-слухової пам'яті 4, 3, 2 і 5-ї проб, змістовної та зорової (прямі відповіді), що свідчило про більш виражені відмінності саме за цими даними (табл. 5).

У мисленні хворих на АГ із ЛКП та ПКП інформативними були: розуміння логічних зв'язків між поняттями (4,1 бала), продуктивність мислення (3,6 бала), розрізнення різнорідних понять (3,2 бала), інтегральний показник загальних розумових здібностей (2,8 бала), рівень логічного мислення (2,2 бала) (табл. 6).

Верхні межі показників мислення як специфічної розумової функції, що обмежує життєдіяльність хворих обох груп, значно різнилися лише за інтегральним показником загальних розумових здібностей, що свідчило про більш виражені відмінності саме за цими даними (табл. 6).

В емоційному інтелекті як глобальній розумовій функції у хворих на АГ із ЛКП та ПКП найбільш інформативними були: розуміння своїх (2,0 бала) та чужих (2,0 бала) емоцій, міжособистісний емоційний інтелект (1,6 бала), розуміння лише своїх емоцій (1,6 бала), інтегральний рівень загального емоційного інтелекту (1,5 бала), внутрішньоособистісний емоційний інтелект (1,2 бала) (табл. 7).

Верхні межі показників емоційного інтелекту як глобальної розумової функції, що обмежує життєдіяльність хворих обох груп, значно різнилися за даними: розуміння своїх та чужих емоцій, міжособистісного емоційного інтелекту, розуміння

Таблиця 5

Межі показників пам'яті як специфічної розумової функції у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники пам'яті	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Об'єм короткотривалої пам'яті	5,2	5,3–10,5	0–9,7
Короткотривала мовно-слухова (4-а проба)	3,9	5,4–10,2	4,4–7,1
Змістовна	3,9	1,0–5,8	0–2,8
Короткотривала мовно-слухова (3-я проба)	3,6	4,9–9,7	2,6–7,9
Короткотривала мовно-слухова (2-а проба)	3,5	4,4–9,3	3–6,8
Короткотривала мовно-слухова (5-а проба)	3,1	5,6–10,6	3,8–; 8,7
Образна	2,7	3,8–7,7	1,5–7,2
Короткотривала мовно-слухова (1-а проба)	2,6	3,1–8	2,2–6
Зорова (час)	1,8	161,2–100,0	184,9–100,0
Зорова (прямі відповіді)	1,7	5,5–15	3,4–13,3
Довготривала мовно-слухова	1,1	2–8,3	2,6–6,1

www.mps.kh.ua

Таблиця 6

Межі показників мислення як специфічної розумової функції у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники мислення	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Розуміння логічних зв'язків між поняттями	4,1	5,7–11,9	0–11,6
Продуктивність	3,6	6,1–10,1	1,2–10,6
Розрізнення різнорідних понять	3,2	6,8–10,6	3,6–10,4
Інтегральний показник загально-розумових здібностей	2,8	6,5–34,8	7,5–16,7
Рівень логічного мислення	2,2	24,8–42,0	14,4–42,4

Таблиця 7

Межі показників емоційного інтелекту як глобальної розумової функції у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники емоційного інтелекту	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Розуміння чужих емоцій	2,0	8,8–31,4	9,5–20,7
Розуміння своїх та чужих емоцій	2,0	18,4–59,6	14,7–44,8
Міжособистісний емоційний інтелект	1,6	17,7–54,5	18,4–40,9
Розуміння своїх емоцій	1,6	7,7–29,8	3,3–25,9
Інтегральний рівень загального	1,5	38,4–100,0	44,9–84,1
Внутрішньоособистісний емоційний інтелект	1,2	18,2–64,7	20,9–48,9
Керування своїми та чужими емоціями	0,9	18,8–58,6	25,5–44,0
Контроль експресії	0,8	5,1–17,0	1,7–17,8

лише своїх емоцій, інтегрального рівня загального емоційного інтелекту, внутрішньоособистісного емоційного інтелекту, керування своїми та чужими емоціями, що свідчило про більш виражені відмінності саме за ними (табл. 7).

Отже, серед усіх розумових функцій як глобальних, так і специфічних у хворих на АГ із ЛКП та ПКП найбільш інформативними були: об'єм короткотривалої пам'яті (5,2 бала), бажання подати себе у вигідному світлі (4,7 бала), ефективність роботи (4,4 бала), Ра — паранойяльність (4,3 бала), розуміння логічних зв'язків між поняттями (4,1 бала), Sc — шизоїдність, короткотривала мовно-слухова пам'ять (4-а проба), змістовна пам'ять (по 3,9 бала), апатичний ТСХ (3,8 бала), короткотривала мовно-слухова пам'ять (3-я проба), продуктивність мислення (по 3,6 бала), короткотривала мовно-слухова пам'ять (2-а проба) (3,5 бала), розрізнення різнорідних понять (3,2 бала), образна пам'ять (2,7 бала) (табл. 8).

Верхні межі показників усіх розумових функцій, що обмежували життєдіяльність хворих обох груп, значно різнилися за даними: бажання подати себе у вигідному світлі, ефективності роботи, Ра — паранойяльності, Sc — шизоїдності, що свідчило про більш виражені відмінності саме за ними (табл. 8).

Узагальнюючи отримані результати, можна сказати, що системний підхід до дослідження

Таблиця 8

Межі показників розумових функцій у хворих на артеріальну гіпертензію з легкими та помірними когнітивними порушеннями

Показники розумових функцій	Межі показників у хворих		
	вага	когнітивні порушення, бали	
		легкі	помірні
Об'єм короткотривалої пам'яті	5,2	5,3–10,5	0–9,7
Бажання подати себе у вигідному світлі	4,7	33,9–63,0	41,7–92,6
Ефективність роботи Ра — паранойяльність	4,4	25,5–78,9	18,0–100,0
Розуміння логічних зв'язків між поняттями	4,3	34,4–70,2	46,0–98,7
Короткотривала мовно-слухова пам'ять (4-а проба)	4,1	5,7–11,9	0–11,6
Sc — шизоїдність	3,9	5,4–10,2	4,4–7,1
Змістовна пам'ять	3,9	34,3–67,2	48,2–83,8
Апатичний ТСХ	3,9	1,0–5,8	0–2,8
Короткотривала мовно-слухова пам'ять (3-я проба)	3,8	0–1,8	0–6,5
Продуктивність мислення	3,6	4,9–9,7	2,6–7,9
Короткотривала мовно-слухова пам'ять (2-а проба)	3,6	6,1–10,1	1,2–10,6
Розрізнення різних понять	3,5	4,4–9,3	3,0–6,8
Образна пам'ять	3,2	6,8–10,6	3,6–10,4
	2,7	3,8–7,7	1,5–7,2

когнітивних функцій у пацієнтів з АГ дав можливість поліпшити якість діагностики і виявити ЛКП в 100,0% випадків АГ II ст., а при III ст. помірні — у 25,8% і легкі — у 74,2% обстежених. Найбільш значні порушення когнітивних функцій в осіб з АГ II і III ст. відбувались у пам'яті в 44,4 і 97,3% випадків відповідно, увазі (77,8 і 90,6%), інтелекті (44,4 і 75,6%), мисленні (44,4 і 64,9%). У хворих на АГ II і III ст. легкі порушення уваги спостерігались в 77,8 і 81,2% випадків, пам'яті — у 22,2 і 62,2%, мислення — у 44,4 і 29,8%, інтелекту — у 22,2 і 32,4%; помірні порушення пам'яті визначалися у 22,2 і 35,1% пацієнтів, інтелекту — у 22,2 і 43,2% відповідно. Помірні порушення уваги (9,4%) і мислення (35,1%) траплялися лише при АГ III ст.

При оцінці когнітивних функцій хворих на АГ найбільш інформативними були: в увазі —

ефективність роботи, об'єм динамічної уваги та індекс втомлюваності уваги; в пам'яті — об'єм короткотривалої пам'яті, короткотривала мовно-слухова пам'ять 4, 3, 2, 5 і 1-ї проб, змістовна пам'ять, образна пам'ять; у мисленні — розуміння логічних зв'язків між поняттями, продуктивність мислення, розрізнення різнорідних понять, інтегральний показник загальних розумових здібностей, рівень логічного мислення; в емоційному інтелекті — розуміння своїх та чужих емоцій, міжособистісний емоційний інтелект, розуміння лише своїх емоцій, інтегральний рівень загального емоційного інтелекту, внутрішньоособистісний емоційний інтелект. Їх порушення призводили до суттєвих обмежень у хворих на АГ у таких сферах життєдіяльності: міжособистісній взаємодії та відносинах, головних сферах життя, навчанні та використанні знань, самообслуговуванні, побутовому житті та мобільності.

При визначенні когнітивних функцій у практиці медико-соціальної експертизи вивчення особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби та їх взаємозв'язків, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту має входити до стандарту обстеження хворих на АГ. Оцінка структури особистості поряд із дослідженням когнітивних функцій сприяє уточненню характеру та ступеня психоемоційних розладів при цій патології.

Вивчення структури особистості (особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби) та когнітивних функцій (уваги, пам'яті, мислення, інтелекту) є перспективним напрямом в об'єктивізації психоемоційних порушень у хворих на АГ, у зв'язку з чим вони повинні стати обов'язковим дослідженням у практиці медико-соціальної експертизи при цій патології.

Список літератури

1. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування; за ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая, Ю. М. Сіренка, О. С. Сичова. — К.: Моріон, 2016. — 190 с.
2. Алгоритм прогнозування розвитку когнітивних порушень у больных с артериальной гипертензией и атеросклерозом коронарных и церебральных артерий: метод. рек. / Н. К. Мурашко, Т. П. Парникова, Г. Н. Чуприна [и др.]. — К.: НМАПО имени П. Л. Шупика; ГУ «НИССХ имени Н. М. Амосова», 2014. — 40 с.
3. Міжнародний класифікатор хвороб МКХ-10 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ciet.kiev.ua/about.php?id=54>
4. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья. — ВОЗ: Женева, 2001. — 342 с.

5. Закон України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561 [Електронний ресурс].— Режим доступу: <http://www.zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>
6. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс-информ, 2002.— 592 с.
7. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене / Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. Б. Рожанец.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.
8. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2000.— 672 с.
9. Римская Р. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других / Р. Римская, С. Римский.— М.: АСТ-Пресс, 2000.— 376 с.
10. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта: опросник «ЭмИн» / Д. В. Люсин // Психологическая диагностика.— 2006.— № 4.— С. 3–22.
11. Визель Т. Г. Нейропсихологическое обследование / Т. Г. Визель.— М.: Сикачев, 2005.— 24 с.
12. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка, П. О. Приставка.— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.
13. 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.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

И. В. ДРОЗДОВА, С. Я. ЯНОВСКАЯ

Разработаны подходы к оценке когнитивных функций у больных артериальной гипертензией II и III ст. (после мозгового инсульта). При оценке когнитивных функций таких больных определены наиболее информативные показатели во внимании, памяти, мышлении, эмоциональном интеллекте. Отмечается, что изучение структуры личности и когнитивных функций является перспективным направлением в объективизации психоэмоциональных нарушений у больных артериальной гипертензией, поэтому должно стать обязательным в практике медико-социальной экспертизы.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, мозговой инсульт, когнитивные функции, личностные особенности, медико-социальная экспертиза.

EVALUATION OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN ARTERIAL HYPERTENSION IN PRACTICE OF MEDICAL SOCIAL EXPERTISE

I. V. DROZDOVA, S. Ya. YANOVSKA

Approaches to evaluation of cognitive functions in patients with grade 2 and 3 arterial hypertension (after cerebral stroke) were developed. In assessing the cognitive function of such patients, the most informative indicators in attention, memory, thinking, and emotional intellect were determined. It was noted that the study of the structure of personality and cognitive functions is a promising direction in objectification of psycho-emotional disorders in patients with hypertension, therefore, it should be mandatory in the practice of medical and social expertise.

Key words: arterial hypertension, cerebral stroke, cognitive functions, personality features, medical social expertise.

Надійшла 17.03.2017