

Когнітивні функції та їхній вплив на обмеження життєдіяльності в навчанні та застосуванні знань у хворих на артеріальну гіпертензію

С. Я. Яновська

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

Ключові слова:

артеріальна гіпертензія, інсульт, когнітивні функції, інтелектуальна інвалідність.

Запорізький медичний журнал.

– 2018. – Т. 20, № 1(106). – С. 12–18

DOI:

10.14739/2310-1210.2018.1.121607

E-mail:

svitanayanovskaya@gmail.com

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одна з найважливіших медико-соціальних проблем у зв'язку з високим рівнем захворюваності, інвалідності та смертності населення в Україні.

Мета роботи – визначити вплив когнітивних функцій на обмеження життєдіяльності в навчанні та застосуванні знань у хворих на АГ.

Матеріали та методи. Обстежили 139 хворих на есенціальну АГ II та III стадій із наслідками перенесеного інсульту у віці 30–59 років. Пацієнтів поділили на 2 групи: перша – хворі на АГ II стадії (29 осіб) і друга група – хворі на АГ III стадії (110 осіб). Середній вік пацієнтів з АГ II стадії – $43,1 \pm 3,1$, з АГ III стадії – $45,3 \pm 5,6$ року. Психологічне обстеження й визначення обмежень життєдіяльності здійснили за загальноприйнятими методиками. Статистичне опрацювання виконали в системах Microsoft Excel та Ascens, результати кореляційного аналізу описували за рівнем вірогідності $p < 0,05$.

Результати. Легкі когнітивні порушення виявлені в усіх хворих на АГ II стадії, а при III стадії помірні – у 25,8 % та легкі – в 74,2 % випадків. Найзначніші ураження когнітивних функцій серед осіб з АГ II та III стадій визначались у пам'яті (44,4 і 97,3 %), в увазі (77,8 і 90,6 %), в інтелекті (44,4 і 75,6 %) та в мисленні (44,4 і 64,9 % випадків). У хворих на АГ III стадії після перенесеного мозкового інсульту суттєво збільшувались обмеження життєдіяльності при використанні зору та слуху, концентрації уваги та у процесі мислення, під час вирішення простих і складних проблем. Цьому сприяло збільшення їхньої емоційної нестійкості, неконформізму, бажання представити себе у «вигідному світлі», тривоги, депресивних і паранойяльних тенденцій, сенситивного, егоцентричного, анозогнозичного реагування на захворювання та зменшення ефективності роботи, загострення збудливої акцентуації характеру, порушення короткотривалої та довготривалої слухової, образної, зорової та змістовної пам'яті, контролю експресії, розуміння, керування своїми та чужими емоціями, міжособистісного й внутрішньоособистісного емоційного інтелекту та логічного мислення.

Висновки. Дослідження особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби та когнітивних функцій є необхідними для об'єктивізації психоемоційних порушень у хворих на АГ після перенесеного інсульту, у зв'язку з чим вони повинні стати обов'язковими у практиці медико-соціальної експертизи при цій патології.

Ключевые слова:

артериальная гипертензия, инсульт, когнитивные функции, интеллектуальная недееспособность.

Запорожский медицинский журнал.

– 2018. – Т. 20, № 1(106). – С. 12–18

Когнитивные функции и их влияние на ограничение жизнедеятельности в обучении и применении знаний у больных артериальной гипертензией

С. Я. Яновская

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из важнейших медико-социальных проблем в связи с высоким уровнем заболеваемости, инвалидности и смертности населения в Украине.

Цель работы – определить влияние когнитивных функций на ограничения жизнедеятельности в обучении и применении знаний у больных АГ.

Материалы и методы. Обследовано 139 больных эссенциальной АГ II и III стадии с последствиями перенесенного инсульта в возрасте 30–59 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: первая группа – больные АГ II стадии (29 человек) и вторая группа – больные АГ III стадии (110 человек). Средний возраст пациентов с АГ II стадии – $43,1 \pm 3,1$, с АГ III стадии – $45,3 \pm 5,6$ года. Психологическое обследование и определение ограничений жизнедеятельности проводили по общепринятым методикам. Статистическую обработку осуществляли в системах Microsoft Excel и Ascens, результаты корреляционного анализа описывали при уровне достоверности $p < 0,05$.

Результаты. Легкие когнитивные нарушения выявлены у всех больных АГ II стадии, а при III стадии умеренные – в 25,8 % и легкие – в 74,2 % случаев. Значительные поражения когнитивных функций среди лиц с АГ II и III стадий определялись в памяти (44,4 и 97,3 %), во внимании (77,8 и 90,6 %), в интеллекте (44,4 и 75,6 %) и в мышлении (44,4 и 64,9 % случаев). У больных АГ III стадии после перенесенного мозгового инсульта существенно увеличивались ограничения жизнедеятельности при использовании зрения и слуха, при концентрации внимания и в процессе мышления, при решении простых и сложных проблем. Этому способствовали повышение их эмоциональной неустойчивости, неконформизма, желания представить себя в «выгодном свете», тревоги, депрессивных и паранойяльных тенденций, сенситивного, эгоцентрического, анозогнозичного реагирования на заболевание, заострение возбудимой акцентуации характера и уменьшение эффективности работы, обострение возбудимой акцентуации характера, нарушение кратковременной и долговременной слуховой, образной, зрительной и содержательной памяти, контроля экспрессии, понимания и управления своими и чужими эмоциями, межличностного и внутриличностного эмоционального интеллекта и логического мышления.

Выводы. Исследования личностных и характерологических черт, внутренней картины болезни и когнитивных функций необходимы для объективизации психоемоциональных нарушений у больных АГ после перенесенного инсульта, в связи с чем они должны стать обязательными в практике медико-социальной экспертизы при этой патологии.

Cognitive functions and their effect on disability in learning process and knowledge application in patients with arterial hypertension

S. Ya. Yanovska

Arterial hypertension (AH) is one of the most important medical and social problems due to the high incidence, disability and mortality of the population in Ukraine.

The aim of the investigation is to determine the influence of cognitive functions on disability in learning process and knowledge application in patients with hypertension.

Materials and methods. 139 patients with essential AH of II and III st. (with the consequences of a stroke) at the age of 30–59 were examined. The patients were divided into 2 groups: the first group – patients with AH, stage II (29 patients) and the second group – patients with AH, stage III (110 patients). An average age of the patients with stage II was 43.1 ± 3.1 , with stage III – 45.3 ± 5.6 . Psychological examination and disability tests were carried out according to generally accepted methods. Statistical processing was performed in Microsoft Excel and Access, the results of the correlation analysis were described at a confidence level of $P < 0.05$.

Results. Light cognitive impairments were detected in all patients with stage II, stage III AH patients had moderate impairments – 25.8 % of cases and light ones – 74.2 % of cases. Significant cognitive functions affects among patients with AH stage II and stage III were determined in memory (44.4 and 97.3 %), attention (77.8 and 90.6 %), intellect (44.4 and 75.6 %) and mental process (44.4 and 64.9 % of cases). Patients with stage III AH after a stroke had significant problems with their eyesight and hearing, concentration of attention and process of thinking, solving simple and complex problems. Moreover, a number of the following factors have contributed to the above-mentioned condition: emotional instability, nonconformity, desire to present themselves in a "favorable light", anxiety, depressive and paranoid tendencies, sensitive, egocentric, anosognotic response to the disease, exacerbation of accentuation of an excitable nature and low work efficiency, acute accentuation of personality traits, impairment of short- and long-term speech, auditory, imaginative, visual and informative memory, control of expression of understanding and emotions, interpersonal and internal personal emotional intelligence and logical thinking.

Conclusions. The study of personality and character traits, the internal picture of the disease and cognitive functions are essential to determine psychoemotional disorders in patients with AH after a stroke. Therefore, such research in the practice of medical and social expertise in this pathology is obligatory.

Key words:
hypertension,
stroke, cognition,
disability
intellectual.

Zaporozhye
medical journal
2018; 20 (1), 12–18

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одна з найважливіших медико-соціальних проблем в Україні внаслідок чималої поширеності та частих серцево-судинних ускладнень і когнітивного дефіциту, що визначає високий рівень захворюваності, обмеження життєдіяльності та смертності [24].

Погіршення якості життя при АГ, особливо після інсульту, асоціюється з безліччю факторів, серед них когнітивні порушення (КП) посідають одне з провідних місць. КП – поширені постінсультні ускладнення, котрі дуже часто пізно діагностуються та мають схильність до прогресування, що з часом призводить до когнітивного дефіциту. Одним із доволі поширених патогенетичних факторів формування та розвитку когнітивних порушень є АГ, особливо її тривалий перебіг, який призводить до різних ступенів ураженості КП, а цереброваскулярна патологія на тлі АГ є однією з головних причин зниження пізнавальних процесів [22]. Протягом трьох років після інсульту у 50 % хворих, які не мали клінічних проявів КП, відзначаються такі порушення, а через 6 років вони вже діагностуються в 80 % випадків [8].

КП у хворих після перенесеного мозкового інсульту призводять до обмеження їхньої життєдіяльності. Визначення наявності та характеру когнітивної дисфункції, її впливу на обмеження життєдіяльності у хворих на АГ після перенесеного інсульту передовсім є необхідним для встановлення факту наявності інвалідності та розроблення індивідуальних програм реабілітації інваліда. Когнітивна дисфункція – це порушення однієї чи декількох когнітивних функцій (пам'яті, праксису, гнозису, мовлення, регуляції довільної діяльності) внаслідок певного захворювання.

Із запровадженням Міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-X) виділено категорії: легкі, помірні

та виражені КП. КП поділяються на легкі (збереження можливості жити самостійно), помірні (необхідність обслуговування незначною мірою) та з розвитком судинної деменції (повна неможливість самообслуговування) [18]. Вираженими КП, до яких належить деменція, є такі, що викликають чималі труднощі в повсякденній діяльності пацієнта. Помірні когнітивні порушення (ПКП) не змінюють буденну діяльність, але можуть негативно впливати на найскладніші види активності. Легкі когнітивні порушення (ЛКП) відзначаються суб'єктивно, але не заважають професійній, соціальній і побутовій адаптації пацієнта [4]. Сьогодні в Україні у практиці медико-соціальної експертизи визначають тільки виражені КП, а помірні та легкі не враховуються під час оцінювання обмежень життєдіяльності.

З позиції Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) розумові функції вивчають серед функцій організму [16]. Впровадження МКФ в Україні визначило необхідність вивчення 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 перераховуються функції мозку: глобальні (свідомість, сила та спонукання) й специфічні розумові функції (пам'ять, мова та обчислення). Серед глобальних розумових функцій виділяють функції свідомості, орієнтації, інтелектуальні, глобальні психосоціальні, темперамент і особистісні, вольові та спонукальні, функції сну. Під час вивчення специфічних розумових функцій оцінюють увагу, пам'ять, сприйняття, емоції, мислення, психомоторні, пізнавальні функції високого рівня, розумові функції мови та послідовних складних рухів, функції обчислення, самовідчуття й відчуття часу [16].

Однак проблемі оцінювання обмеження життєдіяльності та впливу на неї когнітивних функцій у хворих на АГ із мозковим інсультом у науковій літературі приділено недостатньо уваги.

Мета роботи

Визначити вплив когнітивних функцій на обмеження життєдіяльності в навчанні та застосуванні знань у хворих на артеріальну гіпертензію.

Матеріали і методи дослідження

На базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» здійснили дослідження, котре включало 139 хворих на есенціальну АГ II та III стадій у пізній відновний період або з наслідками перенесеного інсульту у віці 30–59 років.

Усіх пацієнтів, яких обстежували, поділили на 2 групи спостережень: перша група – хворі на АГ II стадії (29 осіб), і друга група – хворі на АГ III стадії (110 осіб), серед них 50 осіб – із наслідками мозкового інсульту в лівій півкулі, 44 – у правій, 16 хворих – із наслідками мозкового інсульту в вертебробазиллярному басейні (ВББ). Середній вік пацієнтів з АГ II стадії – $43,1 \pm 3,1$, з АГ III стадії – $45,3 \pm 5,6$ року. Серед обстежених було 59,7 % чоловіків і 40,3 % жінок. У обстежених хворих після перенесеного інсульту минуло в середньому $4,4 \pm 1,8$ року.

Дослідження уваги здійснили за допомогою «Методики Мюнстерберга» [15], «Таблиць Шульте» [25], «Коректурної таблиці Бентона» [11]. Дослідження пам'яті – з використанням тестів: «Образна пам'ять» [19], «Зорова пам'ять» [7], «Змістовна пам'ять» [6], «Об'єм короткострокової пам'яті» [3], «Запам'ятовування 10 слів» (А. Р. Лурія) [5]. Загальні розумові здібності досліджували за допомогою «Короткого орієнтовного тесту (КОТ)» [10]; процеси мислення – з використанням методик «Виділення істотних ознак» [1], «Методики Ебінгауза» [13], «Виключення зайвого» [2], «Простих аналогій» [23]. Акцентуації характеру пацієнтів визначали за «Методикою Г. Шмішека для визначення акцентуацій характеру» [12], особистісні особливості – за «Методикою Міні-мульти» (Скорочений багатofакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОУ) [14], характерологічні риси – за «Багатofакторною особистісною методикою Р. Кеттела» [17], типи ставлення до хвороби (ТСХ) – за «Особистісним опитувальником НДПНІ імені В. М. Бехтерева (Методика ЛОБІ)» [21]. За «Опитувальником емоційного інтелекту «Емін» Д. В. Люсіна» встановлювали особливості емоційного інтелекту [20]. Статистичне опрацювання здійснили після створення комп'ютерної бази даних у системах Microsoft Excel та Access за допомогою персональної ЕОМ із обчисленням t-критерію Стьюдента для порівняння середніх величин. Виконали кореляційний аналіз Спірмена. Описували тільки ті результати, що вірогідні за умов $p < 0,05$ [9].

Результати та їх обговорення

Під час оцінювання когнітивних функцій хворих на АГ найінформативнішими були: щодо уваги – ефективність

роботи, об'єм динамічної уваги та індекс втомлюваності уваги; щодо пам'яті – об'єм короткотривалої пам'яті, короткотривала мовленнєво-слухова, змістовна й образна пам'ять; щодо мислення – розуміння логічних зв'язків між поняттями, продуктивність мислення, розрізнення різномірних понять, інтегральний показник загальних розумових здібностей, рівень логічного мислення; в емоційному інтелекті – розуміння своїх і чужих емоцій, міжособистісний емоційний інтелект, розуміння тільки своїх емоцій, інтегральний рівень загального емоційного інтелекту, внутрішньоособистісний емоційний інтелект. Їхні порушення призводили до суттєвих обмежень у хворих на АГ у навчанні та використанні знань.

МКФ пропонує в навчанні та застосуванні знань оцінювати у хворих використання органів почуттів, базисних навичок під час навчання, придбання практичних навичок, використання знань, вирішення проблем, загальні завдання та вимоги, виконання повсякденного розкладу, подолання стресу [16].

У домені навчання та застосування знань найінформативнішими серед обстежених нами пацієнтів були: рішення простих (16,1) і складних (13,4) проблем, увага (16,0), використання зору (14,3) та слуху (12,4), самостійне виконання окремих завдань (14,3), багатопланових (13,4) і складних (11,5) завдань, можливість читання (11,7), ухвалення рішень (11,5). У хворих на АГ III стадії в пізній відновний період після перенесеного мозкового інсульту вірогідно зростали обмеження життєдіяльності при використанні зору та слуху, під час концентрації уваги та у процесі мислення, вирішення простих і складних проблем.

У осіб з АГ II стадії вирішення простих проблем як можливість використання знань залежали від меланхолічного ($r = 0,8$) типу ставлення до хвороби (ТСХ), тоді як у хворих із перенесеним інсультом – від збудливої ($r = 0,483$), гіпертимної ($r = -0,363$) акцентуації характеру, меланхолічного ($r = 0,578$), анозогнозичного ($r = -0,411$) ТСХ, емоційної нестійкості ($r = 0,427$), тривожності ($r = -0,376$), неконформізму ($r = -0,378$), напруженості ($r = -0,403$), низького самоконтролю ($r = 0,334$), D-депресії ($r = 0,375$), Ну-істерії ($r = 0,359$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = -0,538$), об'єму короткотривалої пам'яті ($r = -0,342$), контролю експресії ($r = -0,343$), внутрішньоособистісного емоційного інтелекту ($r = -0,35$), керування своїми та чужими емоціями ($r = -0,371$), ($p < 0,05$ для всіх відзначених вище показників).

Під час вирішення складних проблем у пацієнтів з АГ II стадії мали значення їх підпорядкованість ($r = 0,856$), консерватизм ($r = 0,877$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = 0,856$), гіпертимна ($r = -0,842$) та емотивна ($r = -0,749$) акцентуації характеру, Ма-гіпоманія ($r = -0,934$), адаптація уваги ($r = 0,851$), рівень логічного мислення ($r = 0,831$), зорова пам'ять ($r = -0,744$). На вирішення складних проблем в осіб із мозковим інсультом впливали іпохондричний ($r = 0,387$), меланхолічний ($r = 0,602$), апатичний ($r = 0,451$), неврастенічний ($r = 0,388$), егоцентричний ($r = 0,571$), ейфорійний ($r = -0,368$) ТСХ, емоційна нестійкість ($r = 0,43$), тривожність ($r = -0,39$), неконформізм ($r = -0,405$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = -0,35$), D-депресія ($r = 0,392$), Sc-шизоїдність

($r = 0,406$), гіпертимна ($r = -0,377$) акцентуація характеру, ефективність роботи ($r = 0,421$), короткотривала ($r = -0,351$), змістовна ($r = -0,33$) та об'єм короткотривалої ($r = -0,361$) пам'яті, розуміння ($r = -0,592$) і керування чужими емоціями ($r = -0,43$), міжособистісний емоційний інтелект ($r = -0,552$).

На увагу під час застосування знань у хворих на АГ II стадії впливала Ра-паранойальність ($r = -0,804$), тоді як увазі в осіб з АГ III стадії сприяли збудлива ($r = 0,404$), тривожна ($r = 0,602$), демонстративна ($r = -0,47$), гіпертимна ($r = -0,423$) акцентуації характеру, іпохондричний ($r = 0,375$), меланхолічний ($r = 0,623$), obsесивно-фобічний ($r = 0,46$), ейфоричний ($r = -0,468$), анозогнозичний ($r = -0,508$) ТСХ, емоційна нестійкість ($r = 0,517$), боязливність ($r = 0,347$, $p = 0,08$), підозрілість ($r = -0,35$), тривожність ($r = -0,338$), nonконформізм ($r = -0,448$), напруженість ($r = -0,454$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = 0,554$), Нs-іпохондрія ($r = 0,438$), D-депресія ($r = 0,612$), Ну-істерія ($r = 0,527$), Pd-психопатія ($r = 0,443$), Ра-паранойальність ($r = 0,447$), Sc-шизоїдність ($r = 0,456$), ефективність роботи ($r = 0,427$), образна ($r = -0,352$) і змістовна пам'ять ($r = -0,506$), розуміння ($r = -0,49$) і керування чужими емоціями ($r = -0,52$), розуміння ($r = -0,562$) і керування своїми емоціями ($r = -0,464$), контроль експресії ($r = -0,36$), міжособистісний інтелект ($r = -0,531$) і внутрішньоособистісний емоційний інтелект ($r = -0,581$), розуміння ($r = -0,594$) і керування ($r = -0,54$) своїми та чужими емоціями, інтегральний рівень загального емоційного інтелекту ($r = -0,588$) і логічного мислення ($r = -0,426$), розуміння логічних зв'язків і відносин між поняттями ($r = -0,334$).

Використання зору під час оволодіння знаннями у хворих на АГ II стадії від когнітивних функцій не залежить, тоді як в осіб із перенесеним інсультом на використання зору впливали: короткотривала пам'ять ($r = 0,74$) та її об'єм ($r = 0,743$), керування своїми емоціями ($r = 0,76$), педантична ($r = -0,709$), екзальтована ($r = -0,717$) акцентуації характеру та інтелект ($r = -0,929$), сміливість ($r = -0,828$) і вибірковість уваги ($r = -0,779$).

При АГ II стадії використанню слуху сприяли ергопатичний ($r = 0,817$) ТСХ, циклотимічна ($r = -0,85$) акцентуація характеру, експресивність ($r = -0,908$), чутливість ($r = -0,904$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = -0,809$), а при АГ III стадії – меланхолічний ($r = 0,342$), апатичний ($r = 0,419$), анозогнозичний ($r = -0,348$) ТСХ, ефективність роботи ($r = 0,406$), емоційна нестійкість ($r = 0,359$), Ну-істерія ($r = -0,348$) контроль експресії ($r = -0,451$), керування своїми та чужими емоціями ($r = -0,359$).

Можливість виконання окремих завдань особами з АГ II стадії залежала від ергопатичного ТСХ ($r = 0,767$), схильності до почуттів ($r = 0,764$), тоді як на виконання окремих завдань пацієнтами, які перенесли мозковий інсульт, впливали збудлива ($r = 0,356$), емотивна ($r = 0,401$), циклотимічна ($r = 0,371$), екзальтована ($r = 0,338$) акцентуації характеру, меланхолічний ($r = 0,385$), неврастенічний ($r = 0,376$), егоцентричний ($r = 0,359$) ТСХ, ефективність роботи ($r = 0,37$), напруженість ($r = -0,391$), внутрішньоособистісний емоційний інтелект ($r = -0,424$), керування своїми та чужими емоціями ($r = -0,423$).

На здатність самостійного виконання завдань хворими на АГ II стадії впливали розрізнення різнорідних понять ($r = 0,746$), розуміння логічних зв'язків і відносин між поняттями ($r = 0,875$), демонстративна акцентуація характеру ($r = -0,846$), ейфоричний ТСХ ($r = -0,828$), тоді як під час виконання завдань самостійно особами з мозковим інсультом мали значення дистимічна ($r = 0,383$), гіпертимна ($r = -0,483$) акцентуації характеру, тривожний ($r = 0,48$), іпохондричний ($r = 0,376$), меланхолічний ($r = 0,406$), апатичний ($r = 0,508$), неврастенічний ($r = 0,58$), егоцентричний ($r = 0,694$), ейфоричний ($r = -0,368$), анозогнозичний ($r = -0,385$) ТСХ, інтелект ($r = 0,331$), D-депресія ($r = 0,649$), ефективність роботи ($r = 0,501$), емоційна нестійкість ($r = 0,582$), nonконформізм ($r = -0,486$), напруженість ($r = -0,372$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = -0,522$), короткотривала ($r = -0,359$), змістовна ($r = -0,341$) та об'єм короткотривалої ($r = -0,365$) пам'яті, розуміння ($r = -0,547$) своїх і чужих ($r = -0,516$) емоцій, керування своїми ($r = -0,394$) і чужими ($r = -0,48$) емоціями, міжособистісний ($r = -0,544$) і внутрішньоособистісний ($r = -0,476$) емоційний інтелект.

Початок виконання багатопланових завдань хворими на АГ II стадії корелював із короткотривалою пам'яттю ($r = 0,761$) та її об'ємом ($r = 0,787$), адаптацією уваги ($r = 0,837$), nonконформізмом ($r = -0,766$), тоді як початок виконання багатопланових завдань особами з мозковим інсультом залежав від дипломатичності ($r = -0,849$), адаптації уваги ($r = 0,764$), короткотривалої пам'яті ($r = 0,713$).

Завершенню багатопланових завдань хворими на АГ II стадії сприяли об'єм короткотривалої пам'яті ($r = 0,781$), адаптація уваги ($r = 0,764$), інтелект ($r = -0,813$) і вибірковість уваги ($r = -0,722$), тоді як у пацієнтів із перенесеним інсультом на завершення багатопланових завдань впливали короткотривала пам'ять ($r = 0,8$), інтелект ($r = -0,813$), дипломатичність ($r = -0,849$), напруженість ($r = -0,815$) і вибірковість уваги ($r = -0,761$).

Виконанню багатопланових завдань самостійно особами з АГ II стадії сприяли апатичний ТСХ ($r = 0,765$), радикалізм ($r = 0,862$) адаптація уваги ($r = 0,795$), а при АГ III стадії – апатичний ($r = 0,765$) ТСХ і напруженість ($r = -0,796$).

Коефіцієнт асиметрії уваги ($r = 0,723$), розуміння логічних зв'язків і відносин між поняттями ($r = 0,731$), демонстративна акцентуація характеру ($r = -0,731$), іпохондричний ($r = -0,771$), ейфоричний ($r = -0,733$) ТСХ, емоційна нестійкість ($r = -0,82$) впливали на виконання складних завдань пацієнтами з АГ II стадії, тоді як виконанню складних завдань хворими з АГ III стадії сприяли збудлива ($r = 0,346$), тривожна ($r = 0,421$), циклотимічна ($r = 0,371$) акцентуації характеру, меланхолічний ($r = 0,517$), апатичний ($r = 0,451$), егоцентричний ($r = 0,516$), анозогнозичний ($r = -0,421$), ергопатичний ($r = -0,363$), ейфоричний ($r = -0,426$) ТСХ, бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = 0,462$), D-депресія ($r = 0,48$), Ра-паранойальність ($r = 0,459$), Sc-шизоїдність ($r = 0,352$), ефективність роботи ($r = 0,44$), емоційна стійкість ($r = 0,366$), підозрілість ($r = -0,349$), дипломатичність ($r = -0,333$), тривожність ($r = -0,372$), nonконформізм ($r = -0,437$),

напруженість ($r = -0,476$), короткотривала мовленнево-слухова ($r = -0,41$) та об'єм короткотривалої пам'яті ($r = -0,394$), об'єм динамічної уваги ($r = -0,486$), розуміння ($r = -0,422$) і керування чужими емоціями ($r = -0,458$), розуміння ($r = -0,346$) і керування своїми емоціями ($r = -0,409$), контроль експресії ($r = -0,382$), міжособистісний ($r = -0,478$) і внутрішньоособистісний емоційний інтелект ($r = -0,442$), розуміння ($r = -0,407$) і керування своїми та чужими емоціями ($r = -0,52$), інтегральний рівень загального емоційного інтелекту ($r = -0,5$), ($p < 0,05$ для всіх показників).

Читання під час застосування знань в осіб з АГ II стадії залежало від об'єму короткотривалої пам'яті ($r = 0,79$), інтелекту ($r = -0,867$), емоційної нестійкості ($r = -0,906$), вибіркості уваги ($r = -0,877$), а у хворих із мозковим інсультом – від збудливої ($r = 0,343$), дистимічної ($r = 0,333$), тривожної ($r = 0,382$) акцентуації характеру, обсесивно-фобічного ($r = 0,348$), сенситивного ($r = 0,468$) ТСХ, емоційної нестійкості ($r = 0,332$), прямолінійності ($r = 0,47$), неконформізму ($r = -0,351$), бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = 0,421$), Нs-іпохондрії ($r = -0,457$), ефективності роботи ($r = 0,402$), змістовної пам'яті ($r = -0,456$), розуміння чужих ($r = -0,373$) і своїх ($r = -0,395$) емоцій і рівня логічного мислення ($r = -0,492$).

Ухвалення рішень як можливість використання знань у хворих на АГ II стадії залежали від емоційної нестійкості ($r = 0,803$), гіпертимної ($r = -0,878$), екзальтованої ($r = -0,802$) акцентуації характеру, Ма-гіпоманії ($r = -0,817$), зорової пам'яті ($r = -0,755$). Ухваленню рішень у пацієнтів із перенесеним інсультом сприяли іпохондричний ($r = 0,384$), меланхолічний ($r = 0,644$), апатичний ($r = 0,465$), неврастенічний ($r = 0,395$), егоцентричний ($r = 0,376$), анозогнозичний ($r = -0,351$) ТСХ, бажання представити себе у «вигідному світлі» ($r = 0,39$), Нs-іпохондрія ($r = 0,387$), D-депресія ($r = 0,507$), Ну-істерія ($r = 0,463$), Pt-психастенія ($r = 0,381$), Sc-шизоїдність ($r = 0,333$), ефективність роботи ($r = 0,365$), гіпертимна ($r = -0,519$) акцентуація характеру, емоційна нестійкість ($r = 0,387$), неконформізм ($r = -0,354$), напруженість ($r = -0,363$), короткотривала мовленнево-слухова пам'ять ($r = -0,336$), розуміння ($r = -0,388$) та керування ($r = -0,42$) чужими емоціями, міжособистісний ($r = -0,422$) та внутрішньоособистісний ($r = -0,349$) емоційний інтелект ($p < 0,05$ для всіх показників).

Узагальнюючи наведене вище, можна вважати: оцінювання когнітивних функцій у практиці медико-соціальної експертизи, вивчення особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби та їхніх взаємозв'язків, уваги, пам'яті, мислення, інтелекту повинно входити до стандарту обстеження хворих на АГ. Оцінювання структури особистості поряд із дослідженням когнітивних функцій сприятиме 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'язковими дослідженнями у практиці медико-соціальної експертизи при цій патології.

Висновки

1. Біопсихосоціальний підхід до дослідження когнітивних функцій при АГ, який базується на Міжнародній класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я, дав можливість виявити легкі когнітивні порушення у 100,0 % серед хворих на АГ II стадії, а при III стадії помірні – у 25,8 % та легкі – в 74,2 % випадків. Значущі ураження когнітивних функцій серед осіб з АГ II та III стадій відбувались у пам'яті (44,4 і 97,3 %), в увазі (77,8 і 90,6 %), в інтелекті (44,4 і 75,6 %), в мисленні (44,4 і 64,9 % випадків).

2. Під час оцінювання когнітивних функцій хворих на АГ найінформативнішими були: щодо уваги – ефективність роботи, об'єм динамічної уваги та індекс втомлюваності уваги; щодо пам'яті – об'єм короткотривалої пам'яті, короткотривала, змістовна й образна пам'ять; щодо мислення – 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 тільки своїх емоцій, інтегральний рівень загального емоційного інтелекту, внутрішньоособистісний емоційний інтелект. Їхнє порушення призводило до суттєвих обмежень у хворих на АГ у таких сферах життєдіяльності: в міжособистісній взаємодії та відносинах, у головних сферах життя, в навчанні, використанні знань, у самообслуговуванні, в побутовому житті та мобільності.

3. У домені навчання та застосування знань найінформативнішими серед обстежених нами пацієнтів були: вирішення простих (16,1) і складних (13,4) проблем, увага (16,0), використання зору (14,3), слуху (12,4), самостійне виконання окремих завдань (14,3), багатопланових (13,4) і складних (11,5) завдань, можливість читання (11,7), ухвалення рішень (11,5). У хворих на АГ III стадії в пізній відновний період після перенесеного мозкового інсульту вірогідно зростали обмеження життєдіяльності при використанні зору та слуху, під час концентрації уваги та у процесі мислення, під час вирішення простих і складних проблем.

4. Зростанню обмежень життєдіяльності під час навчання та застосування знань у пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт, сприяли збільшення емоційної нестійкості, неконформізму, бажання представити себе у «вигідному світлі», тривоги, депресивних і паранойяльних тенденцій, сенситивного, егоцентричного, анозогнозичного реагування на захворювання, загострення збудливої акцентуації характеру, порушення короткотривалої та довготривалої мовленнево-слухової, образної, зорової та змістовної пам'яті, контролю експресії розуміння та керування своїми та чужими емоціями, міжособистісного, внутрішньоособистісного та загального емоційного інтелекту й логічного мислення.

Перспективи подальших досліджень полягають у встановленні прогностичного значення та можливості психологічної корекції відзначених змін у хворих на артеріальну гіпертензію.

Список літератури

- [1] Методика «Выделение существенных признаков» [Электронный ресурс] // Психология. – Режим доступа: http://azps.ru/tests/tests3_sushp.html.
- [2] Методика «Исключение лишнего» [Электронный ресурс] // Психология. – Режим доступа: http://azps.ru/tests/tests3_elimination.html.
- [3] Пашукова Т.И. Исследование объема кратковременной памяти / Т.И. Пашукова, А.И. Доппира, Г.В. Дьяконов // Практикум по общей психологии : учебное пособие. – М. : Институт практической психологии, 1996. – С. 101–105.
- [4] Закон України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 р. №561 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>.
- [5] Заучивание 10 слов (А.Р. Лурия) [Электронный ресурс] / Психологическая диагностика, тесты. – Режим доступа: <https://vsetesti.ru/317/>.
- [6] Воспроизведение рассказа [Электронный ресурс] // Все профессиональные психологические тесты. – Режим доступа: <http://vsetesti.ru/316/>.
- [7] Методика «Память на числа» [Электронный ресурс] // Psylist.net. – Режим доступа: <http://psylist.net/praktikum/pamcis.htm>.
- [8] Киспаева Т.Т. Базовые аспекты профилактики когнитивных расстройств при церебральном инсульте / Т.Т. Киспаева, Б.К. Кудеринова // Русский медицинский журнал. – 2012. – №29. – С. 1474–1480.
- [9] Когнітивні функції в практиці медико-соціальної експертизи / І.В. Дроздова, В.В. Храмова, О.М. Мацуга та ін. – Дніпропетровськ, 2015. – 59 с.
- [10] Краткий ориентировочный тест (КОТ) [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot>.
- [11] Корректурная таблица Бентона [Электронный ресурс] // Психология. – Режим доступа: http://azps.ru/tests/tests_benton.html.
- [12] Методика Г. Шмишека для определения акцентуаций характера [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/203-leongard>.
- [13] Методика Эббингауза [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv>.
- [14] Методика Мини-мульти (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>.
- [15] Методика Мюнстерберга [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/32-attention/463-myunsterberg>.
- [16] Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я / ВООЗ. – Женева, 2001. – 342 с.
- [17] Факторный личностный опросник Кеттелла [Электронный ресурс] / Психологическая лаборатория. – Режим доступа: http://psylab.com.ua/tools_Факторный_личностный_опросник_Кеттелла.
- [18] Алгоритм прогнозирования развития когнитивных нарушений у больных с артериальной гипертензией и атеросклерозом коронарных и церебральных артерий : методические рекомендации / Н.К. Мурашко, Т.П. Парникоза, Г.Н. Чуприна и соавт. – К. : Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика ; ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова», 2014. – 40 с.
- [19] Методика «Образная память» [Электронный ресурс] // Все профессиональные психологические тесты. – Режим доступа: <http://vsetesti.ru/318/>.
- [20] Опросник эмоционального интеллекта «Эмин» (разработчик Д.В. Люсин) [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/222-emin>.
- [21] Личностный опросник НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Методика ЛОБИ) [Электронный ресурс] // Психологическая лаборатория. – Режим доступа: <http://psylab.info>.
- [22] Портнова Е.В. Сравнительный анализ когнитивных функций у пациентов с гипертонической болезнью на фоне приема пирибедилла / Е.В. Портнова, Н.Н. Крюков // Практическая медицина. – 2013. – №3(69). – С. 104–108.
- [23] Простые аналогии [Электронный ресурс] // Психологическая диагностика. – Режим доступа: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple>.
- [24] Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутя, Ю.М. Сиренка, О.С. Сичова. – К. : Моріон, 2016. – 190 с.
- [25] Методика «Таблицы Шульце» [Электронный ресурс] // Все профессиональные психологические тесты. – Режим доступа: <http://vsetesti.ru/314/>.

References

- [1] Metodika «Vydelenie sushhestvennykh priznakov» [Methodology «Identification of essential features»]. *Psikhologiya*. Retrieved from: azps.ru/tests/tests3_sushp.html [in Russian].
- [2] Metodika «Iskljuchenie lishnego» [Elimination of superfluous]. *Psikhologiya*. Retrieved from: http://azps.ru/tests/tests3_elimination.html [in Russian].
- [3] Pashukova, T. I., Dopira, A. I., & D'yakonov, G. V. (1996). Issledovanie ob'ema kratkovremennoj pamyati [The volume of short-term memory Research] [Elektronnyy resurs]. *Praktikum po obshchej psikhologii*, (P. 101–105). Moscow: Institut prakticheskoy psikhologii. [in Russian].
- [4] *Zakon Ukrainy «Pro zatverdzhennia Instruksii pro vstanovlennia hrup invalidnosti» vid 05.09.2011 r. №561* [The Law of Ukraine «On Approval of Regulations on disability group» from September 5, 2011, №561]. Retrieved from: <http://www.ifp.kiev.ua>. [in Ukrainian].
- [5] Zauchivanie 10 slov (A.R. Luriya) [10 words memorizing (AR Luria)]. *Psikhologicheskaya diagnostika, testy*. Retrieved from: <https://sites.google.com/site/logopedonlain/psihologiceskaa-diagnostika> [in Russian].
- [6] *Vosproizvedenie rasskaza* [Storytelling]. *Vse professional'nye psikhologicheskie testy*. Retrieved from: <http://vsetesti.ru/316/> [in Russian].
- [7] *Metodika «Pamyat' na chisla»* [Method «Memory of numbers»]. *Psylist.net*. Retrieved from: <http://psylist.net/praktikum/pamcis.htm> [in Russian].
- [8] Kispava, T. T., & Kuderinova, B. K. (2012) Bazyovye aspekty profilaktiki kognitivnykh rasstrojstv pri cerebral'nom insul'te [Basic aspects of the prevention of cognitive disorders in cerebral stroke]. *Russkij medicinskij zhurnal*, 29, 1474–1480. [in Russian].
- [9] Drozdova, I. V., Khramtsova, V. V., Matsuga, O. M., et al. (2015) *Kognitivni funktsii v praktysi medyko-sotsialnoi ekspertyzy* [Cognitive functions in the practice of medical and social expertise]. Dnipropetrovsk. [in Ukrainian].
- [10] *Kratkij orientirovochnyj test (KOT)* [Short orientation test]. *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-kot> [in Russian].
- [11] *Korrektumaya tablica Bentona* [Benton table]. *Psikhologiya*. Retrieved from: http://azps.ru/tests/tests_benton.html [in Russian].
- [12] Metodika G. Shmisheka dlya opredeleniya akcentuacij kharaktera [G. Shmishek's method for determining character accentuations]. *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/203-leongard> [in Russian].
- [13] Metodika E'bbingauza [The Ebbinghaus method]. *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv> [in Russian].
- [14] Metodika Mini-mul't (Sokrashchenyj mnogofaktornyj oprosnik dlya issledovaniya lichnosti) [The speed of the bug-factoring opytvalnik for the supplementary dosage]. *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult [in Russian].
- [15] Metodika Myunsterberga [The method of Münsterberg]. *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/32-attention/463-myunsterberg> [in Russian].
- [16] Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia (2001) *Mizhnarodna klasyfikatsiia funktsionuvannia, obmezhen zhyttiedialnosti ta zdorovia* [International classification of function, life and health]. Zheneva. [in Ukrainian].
- [17] Faktornyj lichnostnyj oprosnik Kettela [Cattell's Personality Factor Questionnaire] *Psikhologicheskaya laboratoriya*. Retrieved from: http://psylab.com.ua/tools_Faktornyj_lichnostnyj_oprosnik_Kettela [in Russian].
- [18] Murashko, N. K., Parnikoza, T. P., & Chuprina, G. N., et al. (2014) *Algoritm prognozirovaniya razvitiya kognitivnykh narushenij u bol'nykh s arterial'noj gipertenziej i aterosklerozom koronarnykh i cerebral'nykh arterij* [Algorithm for forecasting the development of cognitive impairment in patients with arterial hypertension and atherosclerosis of coronary and cerebral arteries]. Kyiv. [in Russian].
- [19] Metodika «Obraznaya pamyat'» [Shaped memory]. *Vse professional'nye psikhologicheskie testy*. Retrieved from: <http://vsetesti.ru/318/> [in Russian].
- [20] Opromnik e'mocional'nogo intellekta «E'min» (razrabotchik D.V. Lysin). *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/222-emin> [in Russian].
- [21] Lichnostnyj opromnik NIPNI im. V.M. Bekhtereva (Metodika LOBI) [LOBI methodology]. *Psikhologicheskaya laboratoriya*. Retrieved from: <http://psylab.info> [in Russian].
- [22] Portnova, E. V., & Krukov, N. N. (2013) *Sravnitel'nyj analiz kognitivnykh funkcij u pacientov s gipertonicheskoj boleznju na fone priema piribedilla* [Comparative analysis of cognitive function in patients with hypertension receiving piribedil]. *Prakticheskaya medicina*, 3(69), 104–108. [in Russian].
- [23] *Prostye analogii* [Simple analogies]. *Psikhologicheskaya diagnostika*. Retrieved from: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/therapy/52-mental/843-simple> [in Russian].

- [24] Kovalenko, M., Lutai, M. I., Sirenko, Yu. M., & Sychov, O. S. (2016) *Sertsevo-sudynni zakhvoriuvannia. Klasyfikatsiia, standarty diahnozyky ta likuvannia [Cardiovascular diseases. Classification, standards for diagnosis and treatment]*. Kyiv: Morion. [in Ukrainian].
- [25] *Metodika «Tablici Shul'te» [Schulte table]. Vse professional'nye psihologicheskie testy*. Retrieved from: <http://vsetesti.ru/314/> [in Russian].
-

Відомості про автора:

Яновська С. Я., молодший науковий співробітник групи психоневрології, психотерапії та медичної психології відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових хворобах і психосоматичних розладах, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.

Сведения об авторе:

Яновская С. Я., младший научный сотрудник группы психоневрологии, психотерапии и медицинской психологии отдела медико-социальной экспертизы и реабилитации при внутренних, нервных болезнях и психосоматических расстройствах, ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепро.

Information about author:

Yanovska S. Ya., junior scientific worker of the department of medical and social expertise and rehabilitation for Internal and nervous diseases and psychosomatic disorders, State Institution "Ukrainian State Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Public Health of Ukraine", Dnipro.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of Interest: author has no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 17.07.2017

Після доопрацювання / Revised: 04.09.2017

Прийнято до друку / Accepted: 01.11.2017