

# Вплив когнітивних порушень на обмеження життєдіяльності у хворих на артеріальну гіпертензію після мозкового інсульту

**С.Я. Яновська**

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

**Мета роботи:** визначити особливості впливу когнітивних функцій на обмеження життєдіяльності у головних сферах буття у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) після перенесеного мозкового інсульту.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України» та охоплювало 142 хворих на АГ II та III стадії. Тривалість АГ на момент обстеження у середньому досягала  $(5,1 \pm 1,7)$  року. Усі обстежені пацієнти були розподілені на 2 групи спостереження: 1-ша група – хворі на АГ II стадії (30 осіб) та 2-га група – хворі на АГ III стадії (112 осіб). Для обстеження хворих були застосовані експериментально-психологічні методики: опитувальник Шмішека, тест Кеттела, методика Міні-Мульт, тест «Сума стресових позицій», «Методика багатостороннього дослідження особистості», «Особистісний опитувальник НДПНІ ім. В.М. Бехтерева», «Коректурна таблиця Бентона», «Таблиці Шульте», методика Мюнстерберга, стандартизований набір тестів для діагностики пам'яті та мислення, обмеження життєдіяльності встановлювалось за допомогою МКФ.

**Результати.** Найбільш інформативними для хворих з АГ були такі сфери життєдіяльності: міжособистісні взаємодія та відносини (20,4), головні сфери життя (19,7), навчання та використання знань (18,1), самообслуговування (14,2), побутове життя (14,1), мобільність (7,4). Встановлено, що у хворих на АГ II стадії найвиразнішими були обмеження життєдіяльності під час купівлі  $(52,5 \pm 14,0)$ , оренди  $(41,3 \pm 17,4)$  та благоустрою житла  $(35,0 \pm 12,8)$ , миття посуду  $(31,3 \pm 12,2)$  та прання білизни вручну  $(28,8 \pm 9,0)$ , здійснення покупок  $(21,3 \pm 10,5)$  та приготування складних страв  $(21,3 \pm 9,3)$ . В обмеженні життєдіяльності осіб після інсульту збільшувалося у 3,13 разу сприйняття ними критики у стосунках, а у хворих з АГ III стадії було сполучене з меланхолічним і анозогнозичним типом ставлення до хвороби, короткотривалою образною та змістовною пам'яттю.

**Висновки.** При АГ після перенесеного мозкового інсульту мають місце особистісні риси хворих з суттєвим впливом їх когнітивних функцій на сприйняття обмежень життєдіяльності, що може негативно позначитися на реабілітаційний процес. Складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів серед хворих на АГ після перенесеного мозкового інсульту має включати в розділі психолого-педагогічної діагностики обов'язкове дослідження особистісних і характерологічних рис та внутрішньої картини хвороби.

## Ключові слова:

артеріальна гіпертензія, обмеження життєдіяльності, побутове життя, когнітивні порушення.

Сьогодні артеріальна гіпертензія (АГ) визнана актуальною проблемою медицини. Це зумовлено чималою поширеністю захворювання, а також його ускладненнями з боку серцево-судинної системи та головного мозку [1, 2]. АГ

є чинником, що не тільки скорочує тривалість життя, але й погіршує його якість [1]. Погіршення якості життя при АГ, особливо після мозкового інсульту, асоціюється з низкою факторів, серед яких одне з провідних місць посідає

## КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Яновська Світлана Яківна, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», Дніпро, Україна. E-mail: usrimspd@ua

Стаття надійшла до редакції 1.09.2019 р.

ють когнітивні порушення. На формування та розвиток останніх впливають тривалість перебігу АГ і ступінь проявів цереброваскулярної патології [3].

Когнітивні порушення після перенесеного мозкового інсульту призводять до обмеження життєдіяльності таких пацієнтів. Визначення наявності та характеру когнітивної дисфункції, її впливу на обмеження життєдіяльності у хворих з АГ після перенесеного мозкового інсульту у першу чергу необхідне для встановлення факту наявності інвалідності та розробки індивідуальних програм реабілітації інваліда [4, 5].

Упровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ) дало можливість розробити єдині методологічні підходи до визначення показників, пов'язаних зі здоров'ям [6]. З позиції МКФ розумові функції вивчають нарівні з іншими функціями організму [4].

Аналіз літературних даних свідчить, що пацієнти з АГ пов'язують незадоволеність якістю свого життя із тяжкістю соматичного захворювання, потребою у постійній медикаментозній терапії. Проте вже на початкових стадіях АГ у хворих спостерігаються прояви підвищеної дратівливості, плаксивості, швидкої стомлюваності, зниження працездатності та погіршення настрою, порушення сну з тривожними сновидіннями, головний біль, які надалі проявляються у вигляді психічної астенії з низкою ускладнень за рахунок ситуаційно-реактивних розладів [5, 7]. Упродовж тривалого часу вважали, що післяінсультні депресії зумовлені тільки функціональними або соціальними наслідками інвалідності, а не самим церебральним ураженням [3, 8]. Проте останнім часом з'ясувалось, що клінічні прояви післяінсультної депресії відрізняються тенденцією до розвитку різних ускладнень з проявами тривожності. Ці розлади виникають унаслідок неврологічних захворювань [5].

Такі особливості впливають на якість функціонування, призводять до певних обмежень, часто суб'єктивних, у побутовому житті, що мають першочергове значення для успішної адаптації людини та її адекватної інтеграції у соціум. 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 особливості впливу когнітивних функцій на обмеження життєдіяльності у головних сферах буття у хворих на АГ після перенесеного мозкового інсульту.

## Матеріали та методи

Відкрите контрольоване дослідження, що проводилось на базі ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», охоплювало 142 хворих на АГ II та III стадії. Критерієм участі у дослідженні була есенціальна АГ у хворих віком 30–59 років. Критерії виключення: вторинні форми АГ; стеноз ниркових артерій; постійна форма фібриляції передсердь; виражені порушення функції нирок і печінки; інфаркт міокарда, кардіохірургічні втручання; некомпенсований цукровий діабет; наявність супутнього захворювання, що може упродовж 3 міс вплинути на виживання та якість життя хворих; наявність виражених когнітивних розладів і психіатричної патології, відмова від лікування.

Усі обстежені пацієнти були розподілені на 2 групи: 1-ша група – хворі на АГ II стадії (30 осіб) і 2-га група – хворі на АГ III стадії (112 осіб). Середній вік пацієнтів з АГ II стадії був  $(48,1 \pm 3,1)$  року; з АГ III стадії –  $(45,3 \pm 5,6)$  року. Серед обстежених було 59,8% чоловіків і 40,2% жінок. Тривалість АГ на момент обстеження у середньому досягала  $(5,1 \pm 1,7)$  року та становила менше 5 років у 83 пацієнтів (59,7%), від 5 до 10 років – у 39 (28,1%), від 11 до 20 років – у 17 (12,2%) відповідно. В обстежених хворих після перенесеного інсульту минуло у середньому  $(4,4 \pm 1,8)$  року; у 84 осіб (76,3%) давність перенесеного інсульту складала менше 5 років, у 19 (17,3%) – 5–10 років, у 7 (6,4%) – 11–20 років. У 9 пацієнтів був повторний інсульт, у 1 пацієнта – два повторних інсульти. АГ і стан після ішемічного інсульту діагностовано відповідно до вимог чинних нормативних документів. Для обстеження характерних властивостей особистості були використані такі тести: опитувальник Шмішека, тест Кеттела [9], методика Міні-Мульт (Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості – СБОО) [10], тест «Сума стресових позицій», особистісні особливості – за «Методикою багатостороннього дослідження особистості», типи ставлення до хвороби (ТСХ) – за «Особистісним опитувальником НДПНІ ім. В.М. Бехтерева», обмеження життєдіяльності встановлювалися за допомогою МКФ [2, 7]. Для діагностики уваги використовували тести: «Коректурна таблиця Бентона», «Таблиці Шульге», методику Мюнстерберга [11–13]. Для діагностики пам'яті були застосовані такі тести: «Образна пам'ять», «Зорова пам'ять», «Змістовна пам'ять», «Обсяг короткотривалої пам'яті», «Запам'ятовування 10 слів» [14–16]. Для діагностики процесів мислення були використані такі методики: «Виді-

лення істотних ознак», «Виключення зайвого», «Прості аналогії», методика Еббінгауза [17, 18], Короткий орієнтувальний тест (КОТ) [19]. Статистичну обробку проводили після створення комп'ютерної бази даних у системі Microsoft Excel та Access за допомогою персональної ЕОМ із обчисленням t-критерію Стьюдента для порівняння середніх величин та критерію  $\chi^2$  для порівняння відносних величин [20]. Рівень вірогідності становив  $p < 0,05$ .

### Результати та обговорення

Згідно з МКФ, активність й участь характеризують домени навчання та застосування знань, загальні завдання й вимоги, спілкування, мобільність, самообслуговування, побутове життя, міжособистісна взаємодія, головні сфери життя, життя у спільноті, суспільне та громадське життя. Найбільш інформативними для хворих з АГ, з позицій МКФ, були такі сфери життєдіяльності: міжособистісна взаємодія й відносини (20,4), головні сфери життя (19,7), навчання та застосування знань (18,1), самообслуговування (14,2), побутове життя (14,1), мобільність (7,4).

МКФ пропонує оцінювати обмеження життєдіяльності у домені «побутове життя» за допомогою оцінки трьох розділів: придбання житла, ведення домашнього господарства, турбота про домашнє майно та допомога іншим, кожен з яких представлений своїми підрозділами. Можливість купівлі житла хворими з АГ II стадії обмежують короткотривала мовно-слухова пам'ять, розуміння та керування своїми емоціями, проте полегшують стриманість-експресивність, боязливість-смільність, жорстокість-чутливість. Здатність до здійснення оренди житла хворими з АГ II стадії обмежують зростання меланхолічного, обсесивно-фобічного, ергопатичного типу ставлення до хвороби (ТСХ), тоді як полегшує замкнутість-товариськість.

Спроможність благоустрою житла в осіб з АГ II стадії ускладнюють короткотривала мовно-слухова пам'ять, розуміння та керування своїми емоціями, розуміння своїх і чужих емоцій, інтегральний рівень загального емоційного інтелекту; полегшують — циклотимічна акцентуація характеру, стриманість-експресивність, боязливість-смільність, жорстокість-чутливість, бажання представити себе «у вигідному світлі», Sc-шизоїдність, зорова пам'ять.

Можливість здійснювати покупки в осіб з АГ II стадії ускладнюють зростання збудливої, гіпертимної, емотивної, циклотимічної акцентуації характеру, розслабленості-напруженості, бажання подати себе «у вигідному світлі», зорової пам'яті. Здатність до приготування складних страв у хво-

рих з АГ II стадії ускладнюють бажання подати себе «у вигідному світлі»; полегшують застрягаюча, збудлива акцентуації характеру, зорова пам'ять. Здібності до приготування простої їжі в осіб з АГ II стадії підтримують застрягаюча, збудлива акцентуації характеру та зорова пам'ять.

Перешкодами для миття посуду пацієнтами з АГ II стадії є апатичний ТСХ, розрізнення різнорідних понять; сприяють педантична, тривожна акцентуації характеру, інтелект, розслабленість-напруженість, вибірковість уваги. Прання білизни вручну особами з АГ II стадії обмежують підвищення апатичного ТСХ, інтегрального показника загальних розумових здібностей і зменшення бажання подати себе «у вигідному світлі», розслабленості-напруженості.

Прибирання житлової частини домівок хворим з АГ II стадії ускладнюють лише короткотривала мовно-слухова пам'ять та інтегральний показник загальних розумових здібностей.

Перешкодами для видалення сміття та підтримання чистоти хворими з АГ II стадії є зростання анозогнозичного ТСХ, короткотривалої мовно-слухової пам'яті та її об'єму, розуміння чужих і керування своїми емоціями; зменшення тривожної акцентуації характеру, бажання подати себе «у вигідному світлі», довірливості-підозрливості, конформізму-нонконформізму.

Збереження домашнього майна особами з АГ II стадії ускладнювали зростання апатичного, анозогнозичного ТСХ, короткотривалої мовно-слухової пам'яті та її об'єму, керування своїми емоціями; зменшення — тривожної акцентуації характеру, бажання подати себе «у вигідному світлі», інтелекту, боязливості-смільності, довірливості-підозрливості, конформізму-нонконформізму, розслабленості-напруженості. Можливість збереження житла особами з АГ II стадії обмежують зростання підпорядкованості-домінантності, радикалізму-консерватизму, адаптації уваги, рівня логічного мислення, зменшення Ма-гіпоманії.

Догляд за рослинами у хворих з АГ II стадії спрощують зменшення гіпертимної, циклотимічної та екзальтованої акцентуації характеру, Ма-гіпоманії. Обмежують догляд за тваринами особам з АГ II стадії зростання параноїяльного ТСХ, упевненості у собі-тривожності, бажання подати себе «у вигідному світлі», зменшення збудливої акцентуації характеру.

Обмежують здатність допомагати іншим під час самообслуговування у хворих з АГ II стадії зростання бажання подати себе «у вигідному світлі», прямолінійності-дипломатичності, об'єму короткотривалої пам'яті. Можливість допомагати іншим під час пересування в осіб з АГ

**Таблиця 1.** Обмеження життєдіяльності у хворих з АГ у домені побутове життя

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Придбання житла	Купівля житла	52,5 ± 14,0	82,5 ± 5,3**
	Оренда житла	41,3 ± 17,4	76,4 ± 5,8**
	Благоустрій житла	35,0 ± 12,8	61,1 ± 5,8*
Ведення домашнього господарства	Здійснення покупок	21,3 ± 10,5	34,9 ± 5,3
	Забезпечення повсякденними потребами	11,9 ± 6,3	38,2 ± 4,9**
	Приготування їжі	11,3 ± 7,4	25,0 ± 3,9 <sup>#</sup>
	Приготування складних страв	21,3 ± 9,3*	43,9 ± 5,2*
	Прання білизни вручну	28,8 ± 9,0	36,0 ± 5,5
	Миття посуду	31,3 ± 12,2	27,5 ± 5,1
	Прибирання житлової частини	15,6 ± 5,6	35,8 ± 5,6
	Використання побутової техніки	8,1 ± 3,3	16,1 ± 3,6
Турбота про домашнє майно та допомога іншим	Турбота про домашнє майно	8,1 ± 3,4	21,0 ± 4,0
	Ремонт одягу	6,9 ± 3,1	37,9 ± 6,3**
	Збереження житла	10,6 ± 3,1	21,1 ± 4,1
	Допомога в самообслуговуванні	8,1 ± 5,5	20,4 ± 3,8
	Допомога під час пересування	13,8 ± 11,0	29,0 ± 5,4 <sup>#</sup>
	Допомога під час спілкування	13,1 ± 11,1	28,5 ± 5,2 <sup>#</sup>
	Допомога під час налагодження стосунків	17,5 ± 9,5	36,9 ± 5,5**
	Допомога під час харчування	16,9 ± 8,7	19,3 ± 3,3
Допомога під час підтримки здоров'я	4,4 ± 3,7	17,6 ± 3,5*	

Примітка. Статистично значущі відмінності: \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$  — за критерієм Стьюдента; <sup>#</sup> $p < 0,05$ , <sup>##</sup> $p < 0,01$  — за критерієм Вілкоксона.

II стадії обмежують зменшення застрягаючої, збудливої акцентуації характеру, зорової пам'яті.

Бар'єрами для можливості допомагати іншим під час спілкування у пацієнтів з АГ II стадії є зменшення застрягаючої, збудливої акцентуації характеру, зорової пам'яті. Перешкоджають здатності до налагодження міжособистісних стосунків у хворих з АГ II стадії зростання апатичного ТСХ; зменшення збудливої акцентуації характеру, замкнутості-товариськості, розслабленості-напруженості, бажання подати себе «у вигідному світлі». Надання допомоги під час піклування про здоров'я у пацієнтів з АГ II стадії перешкоджають збільшення збудливої акцентуації характеру, ефективності роботи, об'єму динамічної уваги.

Отже, у хворих на АГ II стадії найвиразнішими були обмеження життєдіяльності під час купівлі (52,5 ± 14,0), оренди (41,3 ± 17,4) та благоустрою житла (35,0 ± 12,8), миття посуду (31,3 ± 12,2) та прання білизни вручну (28,8 ± 9,0), здійснення покупок (21,3 ± 10,5) і приготування складних страв (21,3 ± 9,3) (табл. 1).

У домені МКФ міжособистісні взаємодія і відносини у хворих із перенесеним ішемічним мозковим інсультом найбільш інформативними були: дотримання дистанції під час спілкування (17,4), критика у стосунках (14,8), регуляція поведінки при взаємодії (13,9), стосунки з особами, які мають певний авторитет (13,9), стосун-

ки із сусідами (13,6), розуміння натяків (13,2), фізичний контакт при взаємодії (13,2), стосунки із далекими родичами (12,4) та рівними за статусом людьми (11,5).

У загальних міжособистісних відносинах у відновному періоді після перенесеного мозкового інсульту в осіб з АГ III стадії вірогідно зростали обмеження у позитивному сприйнятті відносин, проявах терпимості й критики, при фізичному контакті та натяках у стосунках, регуляції поведінки при взаємодії, відповідності соціальним нормам і дотриманні дистанції при взаємодії.

В обмеженні життєдіяльності осіб після інсульту збільшувалося у 3,13 разу сприйняття ними критики у стосунках. Сприйняття критики у стосунках особами з АГ III стадії сполучене з меланхолічним та анозогнозичним ТСХ, короткотривалою образною та змістовною пам'яттю, ефективністю роботи, контролем експресії, міжособистісним і внутрішньоособистісним емоційним інтелектом, розумінням і керуванням своїми та чужими емоціями, інтегральним показником загального емоційного інтелекту. Обмеження життєдіяльності у вигляді нерозуміння натяків хворими після перенесеного інсульту зростало у 3,84 разу, що було асоційовано з їх анозогнозичним ТСХ та образною пам'яттю, ефективністю роботи й контролем експресії.

У головних сферах життя МКФ виділяє: роботу й зайнятість (підготовку до професійної діяль-

**Таблиця 2.** Обмеження життєдіяльності у хворих з АГ у домені головні сфери життя

Розділ	Підрозділ	Обстежені хворі	
		АГ II стадії	АГ III стадії
Освіта	Неформальна	10,6 ± 4,5	22,6 ± 4,9
	Дошкільна	11,9 ± 6,5	23,9 ± 4,7
	Шкільна	9,4 ± 4,7	25,6 ± 4,0 <sup>#</sup>
	Професійна	20,6 ± 12,0	35,1 ± 6,4
	Вища	46,3 ± 16,7	67,9 ± 7,0
Робота та зайнятість	Учніство	24,4 ± 12,2	28,1 ± 4,8
	Пошук роботи	31,3 ± 11,7	57,8 ± 6,2*
	Виконання роботи	10,6 ± 3,7	37,4 ± 5,7**
	Припинення роботи	27,5 ± 11,8	53,2 ± 6,4*
	Індивідуальна трудова діяльність	4,4 ± 2,6	45,3 ± 6,6**
	Часткова трудова зайнятість	32,5 ± 15,4	42,8 ± 6,2
	Повна трудова зайнятість	26,9 ± 16,0	45,0 ± 6,3
	Неоплачувана робота	50,0 ± 11,4	54,4 ± 6,4
	Економічне життя	Базисні економічні відносини	6,9 ± 2,8
Складні економічні відносини	18,1 ± 12,3	70,3 ± 6,2**	
Економічна самостійність	20,0 ± 9,9	37,9 ± 5,9	
Громадські економічні фонди	87,5 ± 12,5	93,9 ± 3,3	

Примітка. Статистично значущі відмінності: \*p < 0,05, \*\*p < 0,01 — за критерієм Стюдента; #p < 0,01 — за критерієм Вілкоксона.

ності, пошук роботи, виконання виробничих обов'язків і завершення трудових відносин, оплачувану й неоплачувану роботу); економічне життя (базові й складні економічні відносини, економічна самостійність і життя, головні сфери життя).

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 у 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 домені головних сфер життя для хворих з АГ як II, так і III стадії у віддалений термін після перенесеного інсульту найбільш значущими були: неформальне спілкування (19,4), індивідуальна трудова діяльність (18,7), базисні економічні відносини (16,3), можливість користуватись витворами мистецтва (13,6), виконання трудових обов'язків (13,2) та неоплачуваної роботи (9,2), особистісні економічні ресурси (8,1).

У хворих на АГ III стадії значно зростали обмеження життєдіяльності під час здобуття шкільної освіти, пошуку, виконання та припинення роботи, у разі зайняття індивідуальною трудовою діяльністю, у базисних і складних економічних відносинах (табл. 2).

Неформальне спілкування в осіб з АГ II стадії корелює із глобальними та специфічними розумовими функціями. Отримання дошкільної освіти у цих хворих сполучене лише із глобальними розумовими функціями (екзальтованою акцентуацією характеру, емоційною стійкістю-нестійкістю). Здобуття шкільної освіти пацієнтами з АГ пов'язане з емоційною стійкістю-нестійкістю, як глобальною розумовою функцією. Отримання професійної освіти у цих осіб асоційоване із глобальними (інтелектом, боязливостю-сміливістю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (зоровою пам'яттю, об'ємом короткотривалої пам'яті, вибірковою уваги). Здобуття вищої освіти цими пацієнтами поєднане із глобальними (демонстративною, педантичною акцентуаціями характеру, інтелектом, боязливостю-сміливістю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (розрізненням різних понять) розумовими функціями.

Визначено, що можливість здобуття освіти хворими з АГ корелює із глобальними (інтелектом, боязливостю-сміливістю, розслабленістю-напруженістю) та специфічними (вибірковою уваги, розрізненням різних понять) розумовими функціями.

Припинення роботи (звільнення) особами з АГ пов'язане із глобальними (меланхолічним, obsesивно-фобічним, егоцентричним ТСХ) і специфічною (контролем експресії) розумовими функціями. Можливість хворих займатись індивідуальною трудовою діяльністю корелює із глобальними (демонстративною акцентуацією характеру, підпорядкованістю-домінантністю, боязли-

вістю-сміливістю) й специфічними (коротко-тривалою пам'яттю та її об'ємом, керуванням і розумінням своїх і чужих емоцій) розумовими функціями.

Часткова трудова зайнятість у пацієнтів сполучена із глобальними (меланхолічним, ергопатичним ТСХ) і специфічними (коефіцієнтом асиметрії уваги) розумовими функціями. Повна трудова зайнятість у цих осіб пов'язана лише із глобальними розумовими функціями (стриманістю-експресивністю, боязливістю-сміливістю, жорстокістю-чутливістю, радикалізмом-консерватизмом). Виконання неоплачуваної роботи хворими корелює із глобальними (циклотимічною акцентуацією характеру, стриманістю-експресивністю, боязливістю-сміливістю, жорстокістю-чутливістю) та специфічними (розумінням своїх і чужих емоцій, інтегральним рівнем загального емоційного інтелекту) розумовими функціями. Отже, загальна оцінка участі в економічному житті пацієнтів поєднана із глобальними (циклотимічною, інтелектом, боязливістю-сміливістю, розслабленістю-напруженістю, бажанням подати себе «у вигідному світлі») та

специфічними (зоровою пам'яттю) розумовими функціями.

### Висновки

При АГ після перенесеного мозкового інсульту мають місце особистісні риси хворих із суттєвим впливом їхніх когнітивних функцій на сприйняття обмежень життєдіяльності, що може негативно позначитися на реабілітаційному процесі.

Узагальнюючи отримані результати, можна вважати, що погляд на обмеження життєдіяльності з біологічної, психологічної та соціальної позицій надасть можливість отримати повну картину факторів, які призводять до таких порушень, та у подальшому може стати базою для розробки індивідуальних програм реабілітації цієї категорії пацієнтів. Складання індивідуальних програм реабілітації інвалідів серед хворих на АГ після перенесеного мозкового інсульту має включати у розділі психолого-педагогічної діагностики обов'язкове дослідження як особистісних і характерологічних рис, внутрішньої картини хвороби, так і мислення, уваги та емоційного інтелекту.

*Конфлікту інтересів немає.*

### Список літератури

1. Іпатов А.В. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2016 рік: аналітико-інформаційний довідник / А.В. Іпатов, О.М. Мороз, Н.О. Гондуленко та ін. / за ред. С.І. Черняка.— Д.: Акцент ПП, 2018.— 168 с.
2. Іпатов А.В. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья инвалидов и проблемы инвалидности: монография / А.В. Іпатов, И.Л. Ферфильфайн, С.А. Рыков.— Дн-ск: Гамалия, 2004.— 304 с.
3. Петрова Е.А. Клинические особенности постинсультных тревожных расстройств / Е.А. Петрова, М.А. Савина, В.А. Концевой, В.И. Скворцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.— 2012.— № 9.— С. 12–16.
4. Міжнародна статистична класифікація хвороб, травм та причин смерті (МКХ–Х).— Режим доступу: <http://www.softportal.com/software-5895-spravochnik-mkb-10.html>.
5. Петрова Е.А. Постинсультные аффективные расстройства / Е.А. Петрова, М.А. Савина, Н.А. Георгиевская и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.— 2011.— № 10.— С. 12–17.
6. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения.— Женева: WHOPress, 2001.— 346 с.— Режим доступу: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85389.pdf>.
7. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА. Наказ Міністерства охорони здоров'я № 60203 від 08.2012. [WWW-документ]. URL [http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?\\_rand=1165367246](http://mbox2.i.ua/read/INBOX/547833cb6ca9/?_rand=1165367246).
8. Кутлубаев М.А. Постинсультная апатия / М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.— 2012.— № 4.— С. 99–102.
9. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла / А.Н. Капустина.— СПб: Речь, 2001.— 234 с.
10. Методика Міні-Мульт (Скорочений багатифакторний опитувальник для дослідження особистості — СБОУ) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/283-mini-mult>.
11. Таблиці Шульте [Електронний ресурс] / Все профессиональные психологические тесты.— Режим доступу: <http://vsetesti.ru/314>.
12. Методика Мюнстерберга [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/psy-metodiks/32-attention/463-myunsterberg>.
13. Коректурна таблиця Бентона [Електронний ресурс] / Психология (тести, опис).— Режим доступу: [http://azps.ru/tests/tests\\_benton.html](http://azps.ru/tests/tests_benton.html).
14. Образна пам'ять [Електронний ресурс] / Все профессиональные психологические тесты.— Режим доступу: <http://vsetesti.ru/318>.
15. Зорова пам'ять [Електронний ресурс] / Психологические тесты (оценка оперативной зрительной памяти).— Режим доступу: <http://psylist.net/praktikum/00276.htm>.
16. Змістовна пам'ять [Електронний ресурс] / Все профессиональные психологические тесты.— Режим доступу: <http://vsetesti.ru/316>.
17. Методика Еббінгауза [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/485-ebbingauz>.
18. Опитувальник емоційного інтелекту «Емін» (розробник Д. В. Люсін) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/222-emin>.
19. Короткий орієнтувальний тест (КОТ) [Електронний ресурс] / Психологическая диагностика.— Режим доступу: <http://brunner.kgu.edu.ua/index.php/cv/402-кот>.
20. Бабак В.П. Статистична обробка даних / В.П. Бабак, А.Я. Білецький, О.П. Приставка, П.О. Приставка.— К.: МІВВЦ, 2001.— 388 с.

**С.Я. Яновская**

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

## Влияние когнитивных нарушений на ограничение жизнедеятельности у больных артериальной гипертензией после мозгового инсульта

**Цель работы:** определить особенности влияния когнитивных функций на ограничение жизнедеятельности в главных сферах бытия у больных артериальной гипертензией (АГ) после перенесенного мозгового инсульта.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины» и охватывало 142 больных АГ II и III стадии. Продолжительность АГ на момент обследования в среднем достигала ( $5,1 \pm 1,7$ ) года. Все обследованные пациенты были разделены на 2 группы наблюдения: 1-я группа — больные АГ II стадии (30 человек) и 2-я группа — больные АГ III стадии (112 человек). Для обследования больных были использованы экспериментально-психологические методики: опросник Шмишека, тест Кеттела, методика Мини-Мульт, тест «Сумма стрессовых позиций», «Методика многостороннего исследования личности», «Личностный опросник НИПНИ им. В.М. Бехтерева», «Корректирующая таблица Бентона», «Таблицы Шульте», методика Мюнстерберга, стандартизированный набор тестов для диагностики памяти и мышления, ограничение жизнедеятельности устанавливалось с помощью МКФ.

**Результаты.** Наиболее информативными для больных с АГ были такие сферы жизнедеятельности: межличностные взаимодействия и отношения (20,4), главные сферы жизни (19,7), обучения и использования знаний (18,1), самообслуживание (14,2), бытовая жизнь (14,1), мобильность (7,4). Установлено, что у больных АГ II стадии выраженными были ограничения жизнедеятельности при покупке ( $52,5 \pm 14,0$ ), аренде ( $41,3 \pm 17,4$ ) и благоустройстве жилья ( $35,0 \pm 12,8$ ), мытье посуды ( $31,3 \pm 12,2$ ) и стирке белья вручную ( $28,8 \pm 9,0$ ), совершении покупок ( $21,3 \pm 10,5$ ) и приготовлении сложных блюд ( $21,3 \pm 9,3$ ). В рамках ограничения жизнедеятельности лиц после инсульта увеличивалось в 3,13 раза восприятие ими критики во взаимоотношениях, а у больных с АГ III стадии было сопряжено с меланхолическим и анозогнозическим типом отношения к болезни, кратковременной образной и содержательной памятью.

**Выводы.** При АГ после перенесенного мозгового инсульта имеют место личностные черты больных с существенным влиянием их когнитивных функций на восприятие ограничений жизнедеятельности, что может негативно сказаться на реабилитационном процессе. Составление индивидуальных программ реабилитации инвалидов среди больных АГ после перенесенного мозгового инсульта должно включать в разделе психолого-педагогической диагностики обязательное исследование личностных и характерологических черт и внутренней картины болезни.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ограничения жизнедеятельности, бытовая жизнь, когнитивные нарушения.

**S.Ya. Yanovska**

SI «Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipro, Ukraine

## The effects of cognitive impairment on living limitations in patients with arterial hypertension after brain stroke

**Objective:** to determine the features of the influence of cognitive functions on the limitation of vital activity in patients with Arterial Hypertension (AH) after a stroke in the main areas of life.

**Materials and methods.** The study was conducted on the base of SE «Ukrainian State Scientific-Research Institution of Medical and Social Problems of Disability of Ministry of Health of Ukraine» and included 142 patients with AH II and III stages. Duration of AH reached an average of ( $5.1 \pm 1.7$ ) years at the time of the survey. All examined patients were divided into 2 observation groups: the first group — patients with AH stage II (30 people) and the 2nd group — patients with AH stage III (112 people). Experimental psychological methods were used for the examination of patients: the Schmishek's questionnaire, the Kettel's test, the Mini-Mult method, «Sum of stressful positions» test, «Method of multilateral personality research», and the «SRPNI V.M. Bekhterev named», «Benton's Correction Chart», «Schulte Tables», Munsterberg's technique, a standardized set of tests for diagnosing memory and thinking, life limitation was established by using the ICF.

**Results.** The most informative for patients with AH were the following areas of life: interpersonal interaction and relationships (20.4), main areas of life (19.7), learning and using knowledge (18.1), self-care (14.2), everyday life (14.1), mobility (7.4). It was found that in patients with AH stage II life limitation was expressed when buying ( $52.5 \pm 14.0$ ), renting ( $41.3 \pm 17.4$ ) and improving the home ( $35.0 \pm 12.8$ ), washing dishes ( $31.3 \pm 12.2$ ) and washing clothes by hand ( $28.8 \pm 9.0$ ), shopping ( $21.3 \pm 10.5$ ) and the preparation of complex foods ( $21.3 \pm 9.3$ ). In the framework of limiting the life activity of individuals after a stroke their perception of criticism in relationships increased in 3.13 times, and in patients with AH stage III, it was associated with a melancholic and anosognosic type of attitude towards the disease, short-term figurative and meaningful memory.

**Conclusions.** Personality traits of patients with significant influence of their cognitive functions on the perception of vital functions take place in AH after a cerebral stroke, which can negatively affect their rehabilitation process. The compilation of individual rehabilitation programs for people with disabilities among patients with AH after a brain stroke should include a mandatory study of personality and character traits, and the internal picture of the disease in the section of psychological and pedagogical diagnostics.

**Key words:** arterial hypertension, disability, everyday life, cognitive impairment.