

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Харківська медична академія після дипломної освіти**

**ГАНТ ОЛЕНА ЄВГЕНІВНА**

**УДК 159.96:616.45-001.1/-003.96**

**ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ  
НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

**19.00.04 – медична психологія**

**Автореферат**  
**дисертації на здобуття наукового ступеня**  
**кандидата психологічних наук**

**Харків -2009**

Дисертацією є рукопис.

Роботу виконано в Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України».

**Науковий керівник:** доктор психологічних наук, професор **Шестопалова Людмила Федорівна**, Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», завідувача відділом медичної психології.

**Офіційні опоненти:** доктор психологічних наук, професор **Шевченко Наталія Федорівна**, Запорізький національний університет МОН України, завідувач кафедри педагогіки та психології.

доктор медичних наук, професор **Григорова Ірина Анатоліївна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри неврології.

Захист відбудеться «   » \_\_\_\_\_ 2009р. о \_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.609.03 при Харківській медичній академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Корчагінців, 58.

Автореферат розіслано «   » \_\_\_\_\_ 2009р.

Учений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат психологічних наук, доцент

Н.К.Агішева

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Одним з актуальних напрямів досліджень у медичній психології є вивчення порушень когнітивних функцій при різних психічних і неврологічних захворюваннях. За даними Генеральної асамблеї ООН, протягом останніх десятиліть приблизно в 20% населення планети спостерігаються когнітивні порушення, а до 2050 року ця цифра сягне 50% (А. В. Кульматицький, 2009).

Когнітивна недостатність розвивається при найрізноманітніших органічних ураженнях головного мозку (О. Р. Лурія, 1963, 1969; Є. В. Шмідт, 1976; І. В. Дамулін, 1997; Н. Ф. Шевченко, 2003; Т. С. Міщенко, 1992, 2005, 2009; С. К. Євтушенко, 2009; І. А. Григорова, О. Л. ТОВАЖНЯНСЬКА, О. К. РІЗНИЧЕНКО, Н. С. КУФТЕРІНА, 2009; Л. В. Пантелєєнко, Л. І. Соколова, 2009; Л. Ф. Шестопалова, 1993, 2002, 2004, 2007, 2009).

Особливу медико-соціальну актуальність має вивчення порушень когнітивних функцій при демієлінізуючих захворюваннях, насамперед при розсіяному склерозі (РС). Останнім часом відзначається постійне збільшення захворюваності на РС як у світі (2,7 млн пацієнтів), так і в Україні (на диспансерному обліку стоїть близько 14 000 хворих). Хвороба уражає осіб переважно молодого віку, здебільшого має прогресуючий характер і врешті-решт призводить до стійкої інвалідизації осіб працездатного віку (П. В. Волошин, 2005-2008; Н. П. Волошина, 2002-2008; І. А. Завалішин, 2003-2005; І. А. Григорова, 2003-2007; Л. А. Дзяк, 2005; С. М. Вінничук, 2004; С. К. Євтушенко, 2009).

За даними різних нейропсихологічних досліджень, близько 65% хворих на РС мають когнітивні розлади різного ступеня вираженості (Т. М. Алексєєва, А. М. Бойко, Є. І. Гусєв, 2002; О. В. Єніколопова, О. В. Сададьська, С. Б. Нанян, 2002; Л. Ф. Шестопалова, 2002, 2004, 2007, 2009). Когнітивні дисфункції при РС є самостійним синдромом, що розвивається незалежно від наявності неврологічного дефіциту. Порушення

когнітивних функцій багато в чому визначають ступінь інвалідизації хворих, обмежують їхню працездатність і можливість самообслуговування, що необхідно враховувати під час надання цим пацієнтам медичної й соціальної допомоги (С. М. Вінничук, О. А. Мяловицька, 2001; І. Д. Столярова, Б. А. Осетрова, 2002; Н. Ф. Шевченко, 2003).

Висока медико-соціальна значущість проблеми та відсутність систематизованих уявлень про характер, закономірності формування й динаміку порушень когнітивних функцій у хворих на РС зумовлюють актуальність проведення даного дослідження.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» за темою: «Науково обґрунтувати поширеність і фактори ризику виникнення РС у різних регіонах України і розробити методи його профілактики та лікування» (шифр ПР ЗН.2.03, номер держреєстрації 0103 U 001310).

Тему дисертаційного дослідження затверджено на засіданні вченої ради ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (протокол № 9 від 22.05.2003г.) і погоджено в Міжвідомчій раді з координації наукових досліджень з педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 10 від 23.12.2008г.).

*Об'єкт дослідження* – когнітивні функції хворих на РС.

*Предмет дослідження* – закономірності розвитку, характер і динаміка порушень когнітивних функцій у хворих на РС.

**Мета дослідження** – розробка системи нових психологічних діагностичних критеріїв когнітивних порушень при РС на основі комплексного психодіагностичного дослідження закономірностей і динаміки формування когнітивного дефіциту у цих груп хворих.

Для досягнення поставленої мети вирішувалися такі **завдання дослідження**:

1. Провести теоретичний аналіз стану проблеми порушень когнітивних функцій у хворих на РС.

2. Вивчити особливості загальної інтелектуальної продуктивності й основних розумових процесів у хворих на РС.

3. Дослідити стан функцій пам'яті та уваги у хворих на РС.

4. Вивчити порушення праксису й гнозису у хворих на РС.

5. Проаналізувати характер порушень когнітивних функцій у хворих на РС з урахуванням типу перебігу захворювання.

6. Дослідити динаміку порушень когнітивних функцій у хворих на РС залежно від клінічної активності захворювання.

7. Розробити систему психологічних діагностичних критеріїв порушень когнітивних функцій при РС.

**Теоретико–методологічну основу дослідження** склали фундаментальні основи й принципи психології: принцип системності у психології (Б. Г. Ананьєв, С. Д. Максименко); основні положення про розвиток вищих психічних функцій у нормі і патології (Л. С. Виготський); фундаментальні основи медичної психології (Б. В. Зейгарник, Б. Д. Карвасарский, О. Р. Лурія); основні положення загальної й клінічної психодіагностики (В. М. Блейхер, Л. Ф. Бурлачук); уявлення про закономірності формування когнітивних порушень при психічних і неврологічних захворюваннях (В. М. Блейхер, І. В. Дамулін, Л. Ф. Шестопалова, М. М. Яхно).

**Методи дослідження.** У процесі виконання дисертаційної роботи використовувався комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів. Теоретичні методи: теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація наукових літературних джерел, порівняння та узагальнення даних. Емпіричні методи: бесіда, спостереження, психодіагностичний метод. Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою методик: стандартизований набір нейропсихологічних методик із включенням сенсibiliзованих проб (О. Р. Лурія, 1969); мінімальна шкала оцінки психічного статусу «Mini Mental Status Exam» (MMSE) (М. F. Folstein, S. E. Folstein, H. R. McHugh, 1975); методика «Класифікація» (у модифікації Л. С. Виготського та Б. В. Зейгарник, 1958), методика «Запам'ятовування 10

слів» (О. Р. Лурія, 1963); тест зорової ретенції Бентона (A. L. Benton, 1952); методика «Таблиці Шульте» (Л. Ф. Бурлачук, 2008).

Статистична обробка здобутих емпіричних даних здійснювалася за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за  $t$ -критерієм Стьюдента).

**Організація й база дослідження.** Дослідження проводилося в 2002-2008 роках на базі Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», де хворі на РС проходили амбулаторне й стаціонарне лікування.

**Надійність і вірогідність результатів** дослідження забезпечувалися різнобічним теоретичним аналізом проблеми; комплексним використанням нейропсихологічних та патопсихологічних методик, що відповідають предмету й завданням дослідження; проведенням змістовного якісного й кількісного аналізу даних; коректним використанням методів їх математико-статистичної обробки; репрезентативною вибіркою обстежених.

**Наукова новизна** здобутих результатів полягає в тому, що

*Уперше:*

– визначено основні варіанти продуктивності когнітивних функцій у хворих на РС: норма, легкі порушення когнітивних функцій, помірні порушення когнітивних функцій, виражені когнітивні порушення, що не досягають ступеня деменції та деменція;

– встановлено закономірності формування когнітивних порушень при РС, а саме: формування когнітивного дефіциту у хворих на РС починається зі зменшення обсягів довільної уваги, зниження швидкісних характеристик розумових операцій, з легких мнестичних розладів у вигляді звуження обсягів запам'ятовування, легких дефектів динамічного праксису й акустичного гнозису. Далі відзначається не тільки ускладнення перелічених вище порушень, але й поява нових когнітивних розладів: порушень довготривалої вербальної й зорової пам'яті, дефектів селективності мнестичних процесів, зниження рівня продуктивності розумової діяльності, порушень процесів концентрації, розподілу й переключення довільної уваги.

Існуючі перцептивно-гностичні розлади ускладнюються через приєднання дефектів просторового праксису, праксису пози за зоровим зразком, тактильного, просторового й зорового видів гнозису;

– встановлено закономірності динаміки порушень когнітивних функцій при РС: формування когнітивного дефіциту починається з легких когнітивних дисфункцій з подальшим неухильним ускладненням і розширенням діапазону когнітивних розладів з наступним розвитком синдрому когнітивного зниження й деменції;

– уточнено, що темп формування порушень когнітивних функцій залежить від клінічної активності захворювання: когнітивний дефіцит у стадії загострення був вираженішим і оформлявся в коротший термін. Етапи прогресивності й рецидиву характеризувалися помірними або вираженими когнітивними розладами. У ремісії або при стабілізації когнітивний дефіцит зменшувався переважно завдяки редукції нейродинамічних порушень психічної діяльності.

Подальшого розвитку дістали теоретичні уявлення щодо специфіки порушень когнітивних функцій при різних типах перебігу РС, а саме: у пацієнтів із прогресивними типами перебігу ступінь вираженості когнітивного дефіциту більший, ніж у хворих з ремітуючим типом. За первинно-прогресивного типу перебігу відзначаються вираженіші когнітивні розлади, ніж за вторинно-прогресивного типу;

**Практичне значення** результатів дослідження полягає в можливості використання в медико-психологічній практиці нових психодіагностичних підходів до вивчення порушень когнітивних функцій у хворих на РС, а саме: комплексного нейропсихологічного й патопсихологічного дослідження когнітивного дефіциту у цих груп пацієнтів. Запропоновано систему психологічних критеріїв діагностики порушень когнітивних функцій при РС, які ґрунтуються на особливостях розладів пам'яті, мислення, уваги, лічильних операцій, праксису й гнозису.

Основні результати дисертаційного дослідження й система критеріїв психологічної діагностики порушень когнітивних функцій при РС

впроваджено в медико-психологічну практику Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 і Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні.

**Особистий внесок здобувача.** Автором здійснено теоретичний аналіз проблеми, виконано увесь обсяг психодіагностичних досліджень, статистичну обробку результатів, аналіз та інтерпретацію здобутих даних. Дисертантом запропоновано алгоритм психодіагностичного дослідження при РС із найінформативнішими методиками для нейропсихологічного та патопсихологічного дослідження когнітивних функцій у хворих на РС; розроблено систему нових психологічних діагностичних критеріїв когнітивних порушень при РС. У статтях, написаних у співавторстві, особистий внесок здобувача полягає в огляді літератури з даної тематики, проведенні психодіагностичного обстеження, здійсненні статистичної обробки та інтерпретації отриманих результатів.

**Апробація результатів дисертації.** Основні результати роботи було викладено в повідомленнях на II і III Національному конгресі неврологів, психіатрів і наркологів України (Харків, 2002; Харків 2007), на пленумі науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України «Якість життя психічно хворих та їхніх родин» (Донецьк, 2005), на науково-практичній конференції «Проблеми психосоматики в сучасній науці й практиці» (Харків, 2007), на засіданнях Харківського обласного товариства медичних психологів (2007, 2008), на пленумі й конференції науково-практичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України «Безпека й ефективність терапії неврологічних, психічних і наркологічних розладів» (АР Крим – Харків, 2008).

**Публікації.** Зміст і результати проведеного дослідження відображено в 7 публікаціях, із них 4 опубліковано у спеціалізованих виданнях, які входять до «Переліку», затвердженому ВАК України.

**Структура й обсяг дисертації.** Основний зміст дисертаційного дослідження викладено на 157 сторінках машинопису і складається з вступу,



огляду літератури, трьох розділів власних досліджень, висновків, списку використаних джерел і одного додатка. Матеріали дисертації проілюстровано 52 таблицями. Бібліографічний список містить 220 джерел, з них 40 – іноземними мовами.

### **ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ**

У **вступі** обґрунтовується актуальність теми дисертаційної роботи, формулюється науковий апарат дослідження: об'єкт, предмет дослідження, його мета, основні завдання, методи, наукова новизна й практичне значення роботи.

У **першому** розділі **«Сучасний стан проблеми порушень когнітивних функцій у хворих на розсіяний склероз»** проведено теоретичний аналіз проблеми розладів психічної сфери у хворих на РС, розглянуто питання розвитку сучасних уявлень про порушення когнітивних функцій при психічних і неврологічних захворюваннях.

РС – найпоширеніше демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи, що уражає осіб молодого працездатного віку, за короткий час призводячи до інвалідизації. У третини хворих на РС має місце стійка втрата працездатності (Б. А. Осетрова, 2002; Н. П. Волошина, 2002-2008; І. А. Григорова, 2003, 2007; Л. А. Дзяк, 2005; Л. І. Соколова, 2009; С. К. Євтушенко, 2009). На працездатність і якість життя хворих на РС, крім рухових, чутливих, мозочкових та інших вогнищевих неврологічних порушень, суттєво впливають зміни вищих психічних функцій (W. W. Beatty, 1993; S. J. Camp, V. L. Stevenson, A. J. Thompson, 1999; V. M. Andrade, O. F. Bueno, M. G. Oliveira 1999). Тяжкість і якісні особливості порушень психічної сфери при РС варіюють у досить широких межах: від астеничного синдрому до тяжкої деменції й психотичних станів (М. В. Коркіна, Г. Ф. Маліков, Ю. С. Мартинов, 1986; Т. М. Алексеєва, А. М. Бойко, Є. І. Гусєв, 2000). На думку деяких вітчизняних і зарубіжних авторів, легкі інтелектуальні порушення спостерігаються більш ніж у половини пацієнтів і 20-30% страждають на тяжкі розлади психічної сфери (Т. М. Алексеєва,

А. М. Бойко, Є. І. Гусєв, 2002; О. В. Єніколопова, О. В. Сададьська, С. Б. Нанян, 2002).

Провідними в структурі когнітивного дефіциту є порушення пам'яті, мислення, уваги (Л. Ф. Шестопалова, 2002, 2004, 2007, 2008). У деяких випадках порушення когнітивних функцій є першими або домінуючими симптомами захворювання (М. G. O'Connor, 1994), які суттєво впливають на працездатність хворих і ефективність лікування, часто збільшуючи інвалідизацію; але вони далеко не завжди враховуються в практичній неврології, у тому числі й в клінічних шкалах (Є. І. Гусєв, Т. Л. Дьоміна, А. М. Бойко, 1997).

Нині у медико-психологічній науці відсутні систематизовані уявлення про закономірності формування структури порушень мислення, пам'яті, уваги, лічильних операцій і перцептивно-гностичної сфери у хворих на РС. Не наведено чітких даних й порівняльних характеристик особливостей розладів когнітивних функцій у пацієнтів з різними типами перебігу РС і залежно від клінічної активності захворювання. Відсутня система критеріїв діагностики порушень когнітивних функцій при РС.

У другому розділі «**Загальна характеристика обстежених і методів дослідження**» описано основні соціально-демографічні особливості хворих на РС, наведено характеристику обстежених за типом перебігу й клінічної активності захворювання, а також методичні принципи дослідження та використані методи й методики.

Для реалізації мети й завдань дослідження було проведено комплексне психодіагностичне обстеження 84 пацієнтів із РС, із них 30 чоловіків і 54 жінки. Середній вік становив  $35,9 \pm 8,9$  року. Тривалість захворювання була у межах від 6 місяців до 23 років. Відповідно до завдань дослідження вибірку було поділено за ознаками типу перебігу й клінічної активності захворювання. У 35 хворих на РС відзначався ремітуючий тип (РТ) перебігу, на момент обстеження 24 пацієнти даної групи перебували в стадії клінічної ремісії й 11 хворих - у стані рецидиву. В 29 обстежуваних діагностувався первинно-прогресивний тип (ППТ), серед них 18 пацієнтів знаходились у

стадії стабілізації й 11 хворих у стадії прогресування. У 20 пацієнтів відзначався вторинно-прогресивний тип (ВПТ) перебігу, серед них 12 хворих в стадії стабілізації й 8 обстежуваних у стані прогресування.

У третьому розділі «**Особливості загальної інтелектуальної продуктивності хворих на розсіяний склероз**» розглянуто характеристику рівня інтелектуальної продуктивності й основних розумових процесів з урахуванням типу перебігу й клінічної активності захворювання.

Результати досліджень за допомогою тесту MMSE показали, що рівень когнітивної продуктивності у хворих на РС представлений такими варіантами: нормативні значення інтелектуальної продуктивності (30-28 балів), легкі порушення інтелектуальної продуктивності (27-26 балів), помірні (25-24 бали) і виражені (менше 24 балів) порушення інтелектуальної продуктивності.

Проведене дослідження виявило досить широкий спектр порушень розумових функцій при РС. Рівень розумової працездатності в обстежених пацієнтів відзначався невисокими вихідними показниками і поступовим, але неухильним його зниженням. Найчастіше спостерігалися такі розлади, як виснажливість рівня розумової працездатності, порушення операційної сторони мислення у вигляді зниження рівня узагальнення й недостатності продуктивності операцій (аналізу, синтезу, порівняння, систематизації, абстракції); розлади нейродинамічних характеристик (уповільнення швидкісних характеристик розумових процесів, імпульсивність); порушення критичності.

У 27,38% хворих на РС мають місце порушення лічильних операцій, які проявляються у вигляді помилок рахунку при переході через десяток, інверсій лічильних програм, «просторових» помилок.

Результати дослідження свідчать, що рівень інтелектуальної продуктивності і розлади мислення певною мірою залежать від типу перебігу РС. За прогресивних типів перебігу ступінь вираженості когнітивного дефіциту більший, ніж при ремітуючому типі. Водночас у хворих з ППТ

перебігу відзначаються більш тяжкі когнітивні розлади, ніж у пацієнтів з ВПТ.

Існують вірогідно значущі відмінності в рівні інтелектуальної продуктивності хворих на РС залежно від клінічної активності захворювання. В обстежених пацієнтів на етапі рецидиву або прогресування захворювання відзначався грубіший когнітивний дефіцит, який частіше виявлявся інтелектуальним зниженням, що не досягало ступеня деменції, та когнітивним зниженням у формі деменції. Менш збереженими під час загострення захворювання залишалися функції мислення, пам'яті, уваги й лічильні операції. У стадії стабілізації або ремісії частіше відзначалися легкі й помірні когнітивні порушення, або ж інтелектуальна продуктивність хворих перебувала в межах норми.

Порівняльний аналіз когнітивних розладів у пацієнтів з різними типами перебігу РС та з відмінною клінічною активністю процесу показав, що більш виражені порушення інтелектуальної продуктивності відзначалися на етапі прогресивності при ППТ перебігу, ніж під час рецидивів при РТ і на етапі прогресування при ВПТ.

У четвертому розділі «**Особливості порушень пам'яті і уваги у хворих на розсіяний склероз**» наведено результати дослідження мнестичних функцій і функцій уваги у хворих на РС, даються характеристики порушень пам'яті і уваги залежно від типу перебігу та клінічної активності процесу.

Порушення функцій вербальної пам'яті у вигляді звуження обсягів і зниження міцності запам'ятовування від легкого до вираженого ступеня тяжкості діагностувалися у 73,80% хворих на РС і були домінуючими в структурі мнестичних розладів. У 34,00% пацієнтів відзначалися такі порушення пам'яті, як дефекти селективності та підвищений вплив гомогенної і гетерогенної інтерференції.

Розлади функцій зорової пам'яті спостерігалися у 83,33% обстежених і мали в цілому більш виражений характер, ніж дефекти функцій вербальної пам'яті.

У 92,85% хворих на РС діагностувалися порушення функцій довільної уваги. У порівнянні з нормативними значеннями мало місце збільшення часу, необхідного на виконання завдання за таблицями Шульте. Звуження обсягів довільної уваги сполучалося з розладами процесів концентрації, розподілу й перемикання. Слід зазначити, що виражене звуження обсягів довільної уваги було стійким дефектом незалежно від клінічної картини захворювання.

Виявлено певну залежність вираженості мнестичних розладів і порушень уваги від типу перебігу РС. У пацієнтів із прогресивними типами перебігу ступінь тяжкості порушень мнестичних функцій і уваги більший, ніж у хворих з ремітуючим типом. При ППТ перебігу відзначаються грубіші порушення вербальної пам'яті й уваги, ніж при ВПТ.

Було встановлено, що існує зв'язок між вираженістю порушень пам'яті, уваги та клінічною активністю захворювання. У стадії рецидиву або прогресування відзначалися більш виражені розлади мнестичних функцій і уваги. У стадії ремісії або стабілізації переважають легкі або помірні дефекти пам'яті та уваги. Таким чином, під час стабілізації або ремісії часткову редукцію зазнавали такі мнестичні порушення, як звуження обсягів і зниження міцності запам'ятування, дефекти селективності й підвищений вплив інтерференції на процес запам'ятування, а також розлади функцій довільної уваги у вигляді порушень концентрації, розподілу, перемикання.

У п'ятому розділі **«Характеристика порушень перцептивно-гностичної сфери хворих на розсіяний склероз»** описано результати дослідження праксису й гнозису хворих на РС із урахуванням типу перебігу, залежно від клінічної активності захворювання. Також наведено систему психологічних критеріїв діагностики порушень когнітивних функцій при РС.

У хворих на РС спостерігалися розлади складних форм довільної рухової активності (40,47%) та перцептивних операцій (69,04%). У структурі рухових порушень дисфункції просторового (40,47%) і динамічного праксису (38,09%), праксису пози за зоровим зразком (33,33%)

мали перевагу над дефектами конструктивного (25,00%) і орального видів праксису(5,95%).

Перцептивні порушення найчастіше проявлялися розладами акустичного (69,04%) і тактильного (29,76%) гнозису, меншою мірою - дефектами зорового (22,61%) та просторового (15,47%) видів гнозису.

Якість порушень перцептивно-гностичної сфери до певної міри залежала від типу перебігу захворювання. У хворих з РТ перебігу частіше мали місце дефекти праксису пози за зоровим зразком (48,57%) та розлади акустичного гнозису (48,57%). При ППТ перебігу домінували порушення акустичного гнозису (89,65%) і дефекти просторового (41,37%) і динамічного (37,93%) видів праксису. У пацієнтів з ВПТ перебігу переважали розлади акустичного гнозису (75,00%), дефекти просторового (40,00%) і динамічного (45,00%) видів праксису. Решта порушень перцептивно-гностичної сфери мали приблизно однаковий розподіл за різних типів перебігу РС.

Дефекти праксису й гнозису розрізняються залежно від клінічної активності РС. При рецидиві або на етапі прогредієнтності ступінь вираженості перцептивно-гностичних порушень більший, ніж у стані ремісії або стабілізації. У хворих з РТ перебігу поліпшення перцептивно-гностичних операцій у періоди ремісій відбувається переважно завдяки частковій редукції розладів динамічного, конструктивного, орального видів праксису й тактильного гнозису; меншою мірою – завдяки незначній позитивній динаміці порушень зорового й просторового видів гнозису.

У пацієнтів з ППТ перебігу позитивній динаміці в стадії стабілізації насамперед піддавалися розлади динамічного, просторового й орального видів праксису, а також перцептивні порушення – дефекти зорового, тактильного й просторового гнозису. При ВПТ у стадії стабілізації спостерігалася часткова редукція всіх розладів перцептивно-гностичної сфери за винятком дефектів акустичного гнозису.

Незалежно від типу перебігу РС поліпшення перцептивно-гностичної сфери в періоди ремісій або на етапі стабілізації відбувається переважно завдяки частковій редукції розладів динамічного й орального праксису й

тактильного гнозису; меншою мірою – завдяки незначній позитивній динаміці праксису пози за зоровим зразком, конструктивному й просторовому видів праксису, порушень зорового й просторового видів гнозису. Слід відзначити, що розлади акустичного гнозису залишалися стійкими незалежно від клінічної активності за всіх типів перебігу.

Результати дослідження свідчать, що порушення когнітивних функцій є невід'ємною складовою частиною клінічної картини РС, характеризуються поліморфністю, закономірною динамікою, тенденцією до прогресивності, певним зв'язком з типом перебігу та стадією клінічної активності захворювання.

На підставі результатів комплексного психодіагностичного дослідження закономірностей і динаміки формування когнітивного дефіциту у хворих на РС було розроблено систему психологічних критеріїв діагностики порушень когнітивних функцій при РС (табл.).

Таблиця

### Критерії діагностики порушень когнітивних функцій хворих на РС

Методики	Оцінювані параметри	Відсутність когнітивних порушень	Легкі когнітивні порушення	Помірні когнітивні порушення	Виражені когнітивні порушення
MMSE	Кількість набраних балів	30-28	27-26	25-24	Менше 24
«Класифікація»	Продуктивність рівня розумових операцій	Достатній рівень узагальнення	Виснажливості рівня розумової працездатності	Виснажливості рівня розумової працездатності, зниження рівня узагальнення, уповільнення швидкісних характеристик розумових процесів, імпульсивність, порушення критичності	Виснажливості рівня розумової працездатності, виражене зниження продуктивності розумових операцій і інтелектуальної продуктивності загалом, уповільнення швидкісних характеристик розумових процесів, імпульсивність, порушення критичності

«Запам'ятовування 10 слів»	Обсяг безпосереднього вербального запам'ятовування	7±2 слова	4 слова	3 слова	Менше 3 слів
	Обсяг тривалої вербальної пам'яті	Понад 6 слів	5 слів	4-3 слова	2-1 слова
	Ефективність вербального запам'ятовування	Крива запам'ятовування чітко зростає	Крива запам'ятовування незначною мірою зростає	Крива запам'ятовування зигзагоподібної форми	Крива запам'ятовування має характер «плато»
	Дефекти селективності вербальної пам'яті	Відсутні	Відсутні	1-3 помилки	Понад 3 помилки
«Тест зорової ретенції Бентона»	Кількість набраних балів	10-9 балів	8 балів	7-6 балів	5 балів і менше
	Кількість допущених помилок	Помилки відсутні	1-2 бали, але не більш 1 органічної помилки	3-4 бали	Понад 5 балів
«Таблиці Шульте»	Середній час виконання завдання за таблицею	30-40 с.	40-50 с.	50-60 с.	Понад 60 сек.
Стандартизований набір нейропсихологічних методик	Динамічний праксис	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні дефекти	Виражені дефекти
	Праксис пози за зоровим зразком	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні або виражені дефекти
	Просторовий праксис	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні або виражені дефекти
	Конструктивний праксис	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні або виражені дефекти
	Оральний праксис	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі або помірні дефекти
	Акустичний гнозис	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні дефекти	Виражені дефекти
	Тактильний гнозис	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні або виражені дефекти
	Просторовий гнозис	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні або виражені дефекти
	Зоровий гнозис	Дефекти відсутні	Дефекти відсутні	Легкі дефекти	Помірні або виражені дефекти

Згідно з розробленими критеріями було виокремлено три варіанти вираженості когнітивних розладів у хворих на РС: легкі (30,95%), помірні (41,66 %), виражені (21,42%), серед них у 16,66 % пацієнтів – виражені порушення когнітивних функцій, які не досягають ступеню деменції і у 4,76% обстежених – виражені розлади когнітивних функцій у вигляді



деменції. У 5,97% хворих на РС дефекти когнітивних функцій були відсутні.

Серед легких порушень когнітивних функцій у структурі когнітивної недостатності домінують легкі розлади вербальної й зорової пам'яті (у вигляді звуження обсягів безпосереднього запам'ятовування, недостатності обсягів довготривалої пам'яті), виснажливість рівня розумової працездатності, зменшення обсягів довільної уваги, легкі дефекти динамічного праксису й акустичного гнозису.

При помірних порушеннях когнітивних функцій відзначаються більш виражені перелічені вище розлади та нові когнітивні дефекти: порушення операційної сторони мислення у вигляді зниження рівня узагальнення й недостатності продуктивності операцій (аналізу, синтезу, порівняння, систематизації, абстракції); розлади нейродинамічних характеристик (уповільнення швидкісних характеристик розумових процесів, імпульсивність); порушення критичності. Відзначається різке зниження ефективності запам'ятовування нової інформації, дефекти селективності мнестичних процесів; розлади процесів концентрації, розподілу та перемикання довільної уваги; дефекти просторового праксису, праксису пози за зоровим зразком, тактильного, просторового й зорового видів гнозису.

Виражені порушення когнітивних функцій у хворих на РС проявляються у вигляді помірного або вираженого зниження продуктивності всіх розумових процесів. Формуються виражені мнестичні розлади, що включають ознаки ураження всіх ланок пам'яті: звуження обсягів безпосереднього й відстроченого відтворення, помірні й виражені дефекти селективності, підвищений вплив інтерференції на процес запам'ятовування. Відзначаються виражені звуження обсягів довільної уваги й порушення функцій концентрації, розподілу, перемикання. Розлади перцептивно-гностичної сфери стають більш тяжкими, з'являються дефекти орального праксису. У хворих на деменцію описані розлади більш виражені, мають

необоротний характер і призводять до порушення функціонування в індивідуальному повсякденному житті.

## **ВИСНОВКИ**

1. У дисертаційній роботі здійснено теоретичне обґрунтування й запропоновано нове рішення актуальної задачі – виявлення закономірностей формування й динаміки когнітивного дефіциту у хворих на РС і розробка на цій основі системи психологічних критеріїв діагностики порушень когнітивних функцій у цих груп хворих.

2. Рівень інтелектуальної продуктивності хворих на РС представлено в діапазоні від нормативних значень інтелекту до когнітивного зниження різного ступеня тяжкості, включаючи деменцію. Розлади когнітивних функцій характеризуються поліморфністю, закономірною динамікою, тенденцією до прогресивності, певним зв'язком з типом перебігу та стадією клінічної активності захворювання. Структуру когнітивних порушень визначають мнестичні розлади, порушення мислення (зниження рівня узагальнення, порушення критичності, виснажливість рівня розумової працездатності, уповільнення швидкісних характеристик розумових процесів), лічильні дисфункції, розлади уваги та перцептивно-гностичних операцій.

3. Порушення пам'яті модально-неспецифічного типу у вигляді звуження обсягів і зниження міцності запам'ятовування від легкого до вираженого ступеня тяжкості були у 94,04% хворих на РС. Розлади функцій зорової пам'яті відзначалися у 83,33% обстежених і мали більш виражений характер, ніж порушення функцій вербальної пам'яті, які діагностувалися у 73,80% пацієнтів. У 34,00% хворих мали місце такі мнестичні розлади, як дефекти селективності та підвищений вплив гомогенної й гетерогенної інтерференції, однак вони не є домінуючими у структурі мнестичних порушень.

У 92,85% хворих на РС відзначалися порушення довільної уваги у вигляді звуження обсягів і розладів процесів концентрації, розподілу й перемикання.

4. У хворих на РС мали місце порушення складних форм довільної рухової активності та перцептивних операцій від легкого до виразного ступеня вираженості. У структурі рухових порушень розлади просторового (40,47%), динамічного (38,09%) праксису й праксису пози за зоровим зразком (33,33%) мали суттєву перевагу над дефектами конструктивного (25,00%) і орального праксису (5,95%). Перцептивні порушення найчастіше проявлялися розладами акустичного (69,04%) і тактильного гнозису (29,76%). Меншою мірою були порушені зоровий (22,61%) і просторовий (15,47 %) види гнозису.

5. Має місце певна залежність тяжкості когнітивних розладів від типу перебігу РС. У пацієнтів із прогресивними типами перебігу ступінь вираженості когнітивного дефіциту більший, ніж у хворих з ремітуючим типом. За первинно-прогресивного типу перебігу відзначаються більш тяжкі когнітивні розлади, ніж за вторинно-прогресивного.

6. На підставі результатів комплексного психодіагностичного дослідження закономірностей і динаміки формування когнітивного дефіциту у хворих на РС було розроблено психологічні критерії діагностики порушень когнітивних функцій при РС. Згідно з розробленими критеріями у хворих на РС виокремлено три варіанти вираженості когнітивних розладів: легкі (30,95%), помірні (41,66%), виражені (21,42%). У 5,97% хворих порушення когнітивних функцій були відсутні. При легких порушеннях когнітивних функцій у структурі когнітивної недостатності домінують легкі дисфункції вербальної й зорової пам'яті у вигляді звуження обсягів безпосереднього запам'ятовування, недостатності обсягів довготривалої пам'яті, виснажливості рівня розумової працездатності, зменшення обсягів довільної уваги й недостатність її функцій.

При помірних порушеннях когнітивних функцій відзначаються більш виражені перелічені вище розлади та нові когнітивні дефекти: порушення

операційної сторони мислення у вигляді зниження рівня узагальнення й недостатності продуктивності операцій мислення, розлади нейродинамічних характеристик, порушення критичності. Мають місце різке зниження ефективності запам'ятування, дефекти селективності мнестичних процесів; розлади процесів концентрації, розподілу та перемикання довільної уваги; дефекти просторового праксису, праксису пози за зоровим зразком, тактильного, просторового й зорового видів гнозису.

Виражені порушення когнітивних функцій у хворих на РС проявляються у вигляді помірного або вираженого зниження продуктивності всіх розумових процесів. Формуються тяжкі мнестичні розлади, що включають ознаки ураження всіх ланок пам'яті. Відзначаються різкі звуження обсягів довільної уваги та порушення її функцій. Розлади перцептивно-гностичної сфери стають більш глибокими, з'являються дефекти орального праксису. У хворих на деменцію описані розлади більш тяжкі, мають необоротний характер і призводять до порушення функціонування в індивідуальному повсякденному житті.

7. Формування когнітивного дефіциту у хворих на РС характеризується закономірною динамікою: починається з легких когнітивних дисфункцій з подальшим неухильним ускладненням і розширенням діапазону когнітивних розладів з наступним розвитком синдрому когнітивного зниження й деменції. Темп формування когнітивного дефіциту в стадії загострення захворювання був більш швидким, тому на етапі прогредієнтності або рецидиву діагностувалися переважно помірні або виражені когнітивні розлади. Під час ремісії або стабілізації хворобливого процесу когнітивний дефіцит зменшувався завдяки частковій редукції нейродинамічних порушень психічної діяльності.

8. Порушення когнітивних функцій є невід'ємною складовою частиною клінічної картини РС. Проведення психодіагностичного дослідження з використанням розробленої системи критеріїв діагностики порушень когнітивних функцій при РС необхідно включати до комплексу обстеження

пацієнтів із РС, що має важливе значення як для ранньої діагностики РС, так і для здійснення своєчасних і необхідних лікувально-реабілітаційних заходів.

Перспективи дослідження полягають у вивченні проблем порушень особистості, соціального функціонування та якості життя хворих на РС та розробки адекватних програм їх медико-соціальної реабілітації.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Гант О. Є. Особливості інтелектуальної продуктивності хворих на розсіяний склероз / О. Є. Гант // Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. – 2004. – Вип. 12. – С.10 -14.

2. Гант Е. Е. Нарушения памяти и внимания у больных с различными типами течения рассеянного склероза / Е. Е. Гант // Вісник Харківського університету ім. В. Н. Каразіна. Психологія. – 2004. – №617. – С.25 -27.

3. Гант О. Є. Особливості мнестичних порушень в залежності від клінічної активності розсіяного склерозу / О. Є. Гант // Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. – 2008. – Вип. 28. – С.37-50.

4. Гант О. Є. Особливості порушень перцептивно-гностичної сфери у хворих на розсіяний склероз залежно від клінічної активності захворювання / О. Є. Гант // Наукові записки Харківського університету повітряних сил. Соціальна філософія, психологія . – 2008. – Вип. 2 (31). – С. 175-181.

5. Гант Е. Е. Характеристика двигательных и перцептивно-гностических нарушений у больных с различными типами течения рассеянного склероза / Е. Е. Гант // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2004. – №2 (12). – С.124-126.

6. Рассеянный склероз в Украине: распространённость, течение, прогноз, лечение, фармакоэкономика / П. В. Волошин, Н. П. Волошина, В. И. Тайцлин [и др.] // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 6-21. (Здобувачкою здійснено дослідження порушень когнітивних функцій у хворих с різними типами перебігу РС і оцінку отриманих результатів).

7. Шестопадова Л. Ф. Когнитивные нарушения у больных с рецидивирующим типом течения в зависимости от клинической активности заболевания / Л. Ф. Шестопадова, Е. Е. Гант // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції “Проблеми клінічної неврології: історія, сучасність, перспективи.” – Львів, 2005. – С.116-117. (Дисертанткою особисто проведені наукові дослідження, здійснено узагальнення отриманих результатів та підготовка матеріалів до друку).

### АНОТАЦІЯ

**Гант О.Є. Особливості порушень когнітивних функцій у хворих на розсіяний склероз. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук за фахом 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2009.

На підставі комплексного дослідження закономірностей формування й динаміки порушень пам'яті, мислення, уваги, праксису та гнозису у 84 хворих на РС визначено основні варіанти продуктивності когнітивних функцій у хворих на РС та закономірності динаміки їх розладів, визначено закономірності формування когнітивних дефектів, охарактеризовано специфіку когнітивного дефіциту при різних типах перебігу захворювання та його клінічної активності.

Запропоновано систему нових психологічних діагностичних критеріїв когнітивних порушень при РС.

**Ключові слова:** когнітивні функції, мислення, пам'ять, увага, праксис, гнозис, розсіяний склероз, тип перебігу, клінічна активність, критерії діагностики.

### АННОТАЦІЯ

**Гант Е. Е. Особенности нарушений когнитивных функций у больных рассеянным склерозом. – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. Харьковская

медицинская академия последипломного образования МЗ Украины. – Харьков, 2009.

На основе комплексного психодиагностического обследования 84 больных РС (ремитирующий тип течения – 35 чел., первично-прогредиентный – 29 чел., вторично-прогредиентный – 20 чел.) определены основные варианты продуктивности когнитивных функций у больных РС: норма, легкие нарушения когнитивных функций, умеренные нарушения когнитивных функций, выраженные когнитивные нарушения, не достигающие степени деменции, и деменция.

Выделены закономерности формирования когнитивных нарушений при РС: развитие когнитивного дефицита у больных РС начинается с уменьшения объемов произвольного внимания, снижения скоростных характеристик мыслительных операций, с легких мнестических нарушений в виде сужения объемов запоминания, легких дефектов динамического праксиса и акустического гнозиса. Далее отмечается не только утяжеление вышеперечисленных нарушений, но и появление новых когнитивных расстройств: нарушений долговременной вербальной и зрительной памяти, дефектов селективности мнестических процессов, нарушений процессов концентрации, распределения и переключения произвольного внимания, снижения уровня продуктивности мыслительной деятельности. Существующие перцептивно-гностические расстройства утяжеляются за счет присоединения дефектов пространственного праксиса, праксиса позы по зрительному образцу, тактильного, пространственного и зрительного видов гнозиса.

Определены закономерности динамики нарушений когнитивных функций при РС: формирование когнитивного дефицита начинается с легких когнитивных дисфункций, которые в дальнейшем неуклонно утяжеляются, что сочетается с расширением диапазона нарушений когнитивных функций и последующим развитием синдрома когнитивного снижения и деменции.

Охарактеризована специфика нарушений когнитивных функций при различных типах течения РС: у пациентов с прогредиентными типами

течения степень выраженности когнитивного дефицита больше, чем у больных с ремитирующим типом. При первично-прогредиентном типе течения отмечаются более выраженные когнитивные расстройства, чем при вторично-прогредиентном.

Установлено, что темп формирования нарушений когнитивных функций зависит от клинической активности заболевания: когнитивный дефицит в стадии обострения был более выраженным и развивался в более короткие сроки. Стадии прогрессирования и рецидива характеризовались умеренными или выраженными когнитивными расстройствами. В ремиссии или при стабилизации когнитивный дефицит уменьшался в основном за счет редукции нейродинамических нарушений психической деятельности. Предложена система психологических критериев диагностики нарушений когнитивных функций при РС.

**Ключевые слова:** когнитивные функции, мышление, память, внимание, праксис, гнозис, рассеянный склероз, тип течения, клиническая активность, критерии диагностики.

#### ANNOTATION

**Hunt H. E. Peculiarities infringements cognitive functions among sick patients with multiple sclerosis.** – Manuscript.

Dissertation for the candidate of psychological science degree in specialty 19.00.04 – medical psychology. The Kharkiv Medical Academy of the Postgraduate Education. – Kharkiv, 2009.

According to the complex research of appropriate nesses of forming and development infringements memory, thinking, attention, praxis, gnosis among 84 patients with multiple sclerosis it was determined spectrum of conditions of cognitive functions and appropriate nesses of development of their infringements it was marked out appropriate nesses of forming of cognitive dysfunction, it was characterized the specificity of infringements of cognitive functions in different types of diseases run and from clinical active sclerosis run.

It was proposed a system of new psychological diagnostic criterions of cognitive infringements with multiple sclerosis.

**Keywords:** cognitive functions, memory, thinking, attention, praxis, gnosis, multiple sclerosis, types of course, active run, diagnostic criterions.



**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

- ВПТ** – вторинно-прогресивний тип
- ООН** – організація об'єднаних націй
- ППТ** – первинно-прогресивний тип
- РС** – розсіяний склероз
- РТ** – ремітуючий тип
- MMSE** – мінімальна шкала оцінки психічного статусу «Mini Mental Status Exam»