

УДК 616.831-005.4-036.12-057:612.825.8:159.9

Трещинская М.А.¹, Мишиев В.Д.¹, Сулий Л.Н.², Глоба М.В.^{1,2}

¹ Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

² Институт нейрохирургии имени академика А.П. Романова Национальной академии медицинских наук Украины, Киев, Украина

Trishchynska M.¹, Mishyiev V.¹, Sulii L.², Globa M.^{1,2}

¹ Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

² Institute of Neurosurgery named after A.P. Romanov of the NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Когнитивные расстройства у пациентов умственного труда с хронической ишемией головного мозга, их профессиональная дезадаптация и выгорание

Cognitive Disorders in Patients of Mental Work with Chronic Cerebral Ischemia, Their Professional Maladjustment and Burnout

Резюме

Цель исследования. Выявление и изучение когнитивных расстройств у пациентов умственного труда на фоне хронической ишемии головного мозга (ХИМ), их профессиональной дезадаптации и выгорания.

Материалы и методы. Обследовано 110 пациентов с психическими, неврологическими и инструментальными признаками ХИМ. Средний возраст пациентов составил 60±12 лет (от 40 до 77 лет), женщин было 58,2% (n=64), мужчин – 41,8% (n=46). В исследование включали пациентов с высшим образованием, которые занимались активным умственным трудом. Методы исследования включали патопсихологические и нейропсихологические тестирования (таблицы Шульте, корректурная проба, методика Мюнсберга, метод пиктограмм, тест «оперативная память», пробы Ашафенбурга, Рейхарда, Литмана; ассоциативный эксперимент; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала MoCA; тест дискриминации свойств понятий, тест Спилберга, метод цветových выборов Люшера), клиничко-психиатрический и клиничко-неврологический методы, а также инструментально-диагностические обследования (КТ, МРТ, ЭЭГ, доплерография). Пациенты распределены на две клинические группы в зависимости от наличия (I) или отсутствия (II) стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий.

Результаты. Расстройства внимания умеренной степени выраженности выявлены у 20,6% пациентов I и у 14,4% пациентов II групп. Легкие нарушения памяти – у 18,2% и 16,4% пациентов соответственно; умеренной степени выраженности у 8,2% пациентов I группы и у 6,4% пациентов II группы. Проявления тревожного синдрома отмечались по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) у 39,3% пациентов I и у 28,6% пациентов II группы.

Результаты тестирования по шкале MoCA свидетельствовали о сохранности когнитивных функций у большей части обследованных пациентов обеих групп.

Субъективные жалобы при нормальном выполнении нейропсихологических тестов были зарегистрированы у 59,1% пациентов. По данным оценочных шкал признаки профессиональной

дезадаптации были выявлены у 76,4% обследованных пациентов. Атеросклеротические изменения брахиоцефальных артерий диагностированы у 60,9% пациентов, стенозы не превышали 70% (по ECST протоколу).

Выводы. Проявления профессиональной дезадаптации были зарегистрированы у 76,8%, с преобладанием изменений в блоке редукции личностных достижений (52,7%). Шкала профессиональной дезадаптации использовалась в качестве дополнительного инструмента оценки функционального состояния в диагностике ХИМ у лиц умственного труда.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, когнитивные расстройства, профессиональная дезадаптация, профессиональное выгорание.

Abstract

Purpose. Detection of professional disadaptation and burnout manifestations, peculiarities of cognitive disorders in intellectual workers on the background of chronic cerebrovascular ischemia (CCI).

Materials and methods. There were examined 110 patients with neurological and instrumental signs of CCI. The average age of patients was 60±12 years (from 40 to 77), 58.2% (n=64) females, 41.8% (n=46) males. The study included patients with higher education, who were engaged in active mental activity. All patients underwent a general examination, neurological instrumental and neuropsychological tests with the help of corresponding clinical scores. All patients were distributed into two clinical groups, according to the presence (the 1st group) or absence (the 2nd group) of atherosclerotic changes in brachiocephalic arteries.

Results. The signs of anxiety disorders were observed in 39.3% of patients of the 1st group and 35.2% of patients of the 2nd group; they were confirmed according to the Hospital Anxiety and Depression Score (HADS) in 58.9% and 66.7% of the 1st and the 2nd groups respectively, which justifies the relevance of the use of the score.

The results of testing with the help of the MoCA test showed the preservation of cognitive functions in the examined patients at the sufficiently high level. Subjective complaints along with normal results of neuropsychological tests were registered in 59.1% of patients. According to the data of the assessment scores, the signs of professional disadaptation were registered in 76.4% of the examined patients. Atherosclerotic changes in brachiocephalic arteries were registered in 60.9% of patients; stenosis did not exceed 70% (according to the ECST protocol).

Conclusions. The evidence of professional disadaptation was registered in 76.8% of patients, while the changes in the reduction of personal achievement block (52.7%) prevailed. The professional disadaptation score is worthwhile as an additional instrument for assessment of the functional status of intellectual workers while establishing the CCI diagnosis.

Keywords: chronic cerebrovascular ischemia, cognitive disorders, professional disadaptation, professional burnout.

■ ВВЕДЕНИЕ

Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) как группа состояний, при которых нарушается кровоснабжение (перфузия) головного мозга от степени ограничения или недостаточности до полного прекращения кровотока в отдельном сосуде или сосудистом бассейне, являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современной медицины, поскольку остаются распространенной причиной смертности и нетрудоспособности населения во всем мире [1].

В Украине на протяжении последних 10 лет количество пациентов с ЦВЗ увеличилось в 1,5 раза [2].

Особое место по своему значению среди сосудистых заболеваний головного мозга занимает прогрессивная хроническая цереброваскулярная патология – хроническая ишемия мозга (ХИМ), которая развивается в результате постепенно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения головного мозга на фоне сосудистых факторов риска: артериальной гипертензии, дислипидемии, малоподвижного образа жизни, повышенной массы тела/ожирения, сахарного диабета, курения и др. [3].

Клиническое ядро ХИМ сочетает в себе когнитивные, эмоциональные и двигательные расстройства. Прогрессирующий характер течения заболевания постепенно приводит к профессиональной, бытовой и социальной дезадаптации пациентов, снижает качество жизни [4]. Исследования профессиональной дезадаптации (ПД), «профессионального выгорания» лиц умственного труда проводятся в течение многих лет в разных странах. Благодаря улучшению социально-экономической и медико-социальной ситуации до 2050 года ожидается увеличение возрастной категории людей старше 60 лет до 22%. В то же время научно-технический прогресс и увеличение темпа жизни неизбежно приводят к необходимости овладения большим объемом профессиональных, научных и других знаний и умений, в том числе и лицами старших возрастных категорий. Таким образом, поддержка и сохранность интеллектуальных способностей является важной задачей современной реальности, особенно у лиц умственного труда [5].

К недостаточно изученным вопросам можно отнести: характер когнитивных расстройств (КР) у лиц умственного труда, особенно когда их IQ выше среднего, а скрининговое нейропсихологическое тестирование не выявляет нарушений; особенности формирования и ранней объективной оценки когнитивных расстройств, в том числе и нарушений профессиональной адаптации и выгорания у пациентов с ХИМ [6].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление и изучение когнитивных расстройств у пациентов умственного труда на фоне хронической ишемии головного мозга (ХИМ), их профессиональной дезадаптации и выгорания.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами было обследовано 110 пациентов с психическими, неврологическими и инструментальными признаками хронической ишемии головного мозга (ХИМ). Средний возраст пациентов составил 60 ± 12 лет (от 40 до 77 лет), женщин было 58,2% ($n=64$), мужчин – 41,8% ($n=46$). В исследование включали пациентов с высшим образованием, которые занимались активным умственным трудом. Всем пациентам проводились общеклинические, клинико-лабораторные, клинико-психиатрические, клинико-неврологические и инструментально-диагностические обследования. Патопсихологические и нейропсихологические тестирования, направленные на изучение внимания, памяти, мышления, эмоций: таблицы Шульце, корректурная проба, методика Мюншберга, метод пиктограмм, тест «оперативная память», пробы Ашафен-

бурга, Рейхарда, Литмана; ассоциативный эксперимент; госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала MoCA; тест дискриминации свойств понятий, тест Спилберга, метод цветовых выборов Люшера, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA – Montreal Cognitive Assessment) [7].

Инструментальные исследования включали МРТ головного мозга (в режимах T1Wi, T2Wi, FLAIR, IR, DW-EPI 0,75–1,5 Тл), ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) с режимом цветового доплеровского картирования сосудов шеи и головы по стандартной методике [11, 12], которые проводились в первую очередь с целью установки диагноза ХИМ [13].

Умеренные КР диагностировали в случае снижения одной или нескольких когнитивных функций в сравнении с предыдущим уровнем (на основании объективных данных, полученных от информированных лиц или врача, стандартизированного нейропсихологического тестирования). При этом когнитивный дефицит не мешал в ежедневной бытовой и профессиональной деятельности (например, заполнении и оплате счетов, приеме лекарств и т. п.) [8, 9].

Для выявления и оценки степени выраженности проявлений профессиональной дезадаптации (ПД) и профессионального выгорания использовали шкалу оценки профессиональной адаптации, разработанную О.Н. Родиной (в адаптации М.А. Дмитриевой), и шкалу выгорания (МВІ), разработанную К. Maslach и S. Djekson, адаптированную Н.Е. Водопьяновой) [10].

Критериями психосоциальной адаптации считается состояние здоровья, настроения и активности индивида, позволяющее ему вести самостоятельный, удовлетворяющий личностным запросам, уровень образования и прежним стандартам образ жизни. Пациенты сами оценивали наличие или отсутствие жалоб на снижение памяти, быструю утомляемость при умственном труде, снижение внимания, трудности при запоминании нового материала.

С учетом данных УЗДС в отношении наличия стенозирующего атеросклероза брахиоцефальных артерий (БЦА), обследованные пациенты были разделены на две клинические группы: I клиническая группа – 56 пациентов, которые имели окклюзионно-стенотическое поражение БЦА (средний возраст $65,17 \pm 10,16$ года, женщин 25, мужчин 31); II группа – 54 пациента без признаков стенозирующего атеросклероза по данным УЗДС (средний возраст $53,18 \pm 12,41$ года, женщин 39, мужчин 15). В свою очередь, каждую клиническую группу разделили на две подгруппы по возрасту: I-A подгруппу составили 32 (29,1%) пациента в возрасте 55–64 лет (Me 59,0); I-B – 24 пациента (21,8%) в возрасте 65–77 лет (Me 69,0). В II-A подгруппу было включено 30 пациентов (27,3%) в возрасте 40–54 лет (Me 46,0); в группу II-B – 24 (21,8%) пациента в возрасте 55–66 лет (Me 59,0).

Наиболее распространенной патологией у обследованных пациентов по клиничко-анамнестическим данным была артериальная гипертензия – у 79 (71,8%) пациентов: в I группе – 49 (87,5%) и во II группе – 30 (55,6%).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью параметрических методов: определяли выборочную среднюю, ошибку

средней. Для оценки достоверности отличий между группами использовали непараметрические методы статистической обработки данных: для бинарных признаков – критерий χ^2 ; для сравнения двух независимых групп по тому или иному признаку – метод Манна – Уитни. Разницу считали достоверной при $p \leq 0,05$. Взаимосвязь между показателями оценивали по коэффициенту корреляции Пирсона.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основными жалобами пациентов в обеих группах были головная боль, периодический шум в голове, головокружения, пошатывания при ходьбе, расстройства памяти и внимания, эмоциональное истощение, нарушение сна, снижение умственной работоспособности, тревожность, раздражительность. Сочетание двух-трех субъективных симптомов наблюдалось у 37,5% (21/56) обследованных пациентов I группы и у 62,9% (34/54) – II группы; сочетание более трех жалоб зарегистрировано в 62,5% (35/56) случаев в I группе и в 33,3% (18/54) – II. Усиление субъективных симптомов отмечалось во время умственного напряжения, особенно в условиях переутомления, стресса, плохого сна. Относительный регресс жалоб или нормализация состояния наблюдались после отдыха или отпуска у 55,4% пациентов I группы и у 68,5% – II.

Расстройства внимания умеренной степени выраженности выявлены у 20,6% пациентов I и у 14,4% пациентов II группы. Легкие нарушения памяти – у 18,2% и 16,4% соответственно; умеренной степени выраженности у 8,2% пациентов I и у 6,4% пациентов II группы. Проявления тревожного синдрома отмечались по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) у 39,3% пациентов I и у 28,6% пациентов II группы.

При неврологическом осмотре в обеих группах наблюдения доминировал по частоте цефалгический синдром. Проявления пирамидного синдрома в виде повышения сухожильных рефлексов, асимметрии брюшных или появления патологических рефлексов достоверно преобладали по частоте в I группе ($p=0,01$), так же как экстрапирамидные расстройства (8/56 и 2/54 в I и II группах соответственно, $p=0,05$).

Астенический синдром в виде раздражительности, истощения познавательных процессов, апатии, расстройств сна не достоверно преобладал у пациентов II клинической группы (табл. 1).

Таблица 1
Частота выявления неврологических синдромов у пациентов

Синдромы	I группа		II группа	
	I-A, n=32	I-B, n=24	II-A, n=30	II-B, n=24
Цефалгический	20 (62,5%)	19 (79,2%)	19 (63,3%)	16 (66,7%)
Астенический	10 (31,3%)	11 (45,8%)	14 (46,7%)	13 (54,2%)
Тревожный	12 (37,5%)	10 (41,7%)	11 (36,7%)	8 (33,3%)
Пирамидный	15 (46,9%)*	15 (62,5%)	5 (16,7%)*	11 (45,8%)
Экстрапирамидный	3 (9,4%)	5 (20,8%)	–	2 (8,3%)
Вестибуло-атактический	11 (34,4%)	10 (41,7%)	6 (20,0%)	9 (37,5%)

Примечание: * статистически значимая разница между группами ($p < 0,01$).

Проявления тревожного синдрома, характеризовавшиеся ощущением волнения, дискомфорта в эпигастрии, сухостью во рту, невозможностью расслабиться, отмечались у 39,3% пациентов I группы и у 35,2% пациентов II группы; подтверждение по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) имело место у 58,9% и у 66,7% пациентов I и II групп соответственно, что обосновывает рациональность использования данной шкалы.

По результатам УЗДС атеросклеротические изменения БЦА были установлены у 60,9% пациентов. Атеросклеротические стенозы у пациентов I группы не превышали по степени сужения 70% (в соответствии с ECST-протоколом), средний процент стенозирования просвета сосуда составил $50,5 \pm 8\%$ (в I-A группе – $47 \pm 9\%$, в I-B группе – $53 \pm 8\%$). Количественные показатели кровотока демонстрировали более значительные изменения у пациентов старшего возраста, а именно в I-B и II-B подгруппах в сравнении с I-A и II-A подгруппами.

По данным МРТ головного мозга имели место явления перивентрикулярного лейкоареоза, начальные признаки заместительной гидроцефалии, атрофии мозгового вещества. Мелкие очаги сосудистого характера отмечены в I группе – в 82,1% наблюдений, во II группе – в 64,8%.

Результаты тестирования MoCA свидетельствовали о сохранности когнитивных функций у обследованных пациентов на достаточно высоком уровне. Субъективные жалобы при нормальном выполнении нейропсихологических тестов зарегистрированы у 65 (59,1%) пациентов. Установлено, что субъективные расстройства памяти отмечены у всех пациентов обследованной когорты. Объективно подтверждены нарушения кратковременной памяти с помощью шкалы MoCA у 37 (33,6%) пациентов, с преобладанием у лиц более старшего возраста (в I-B группе – у 50,0%).

Наиболее низкие показатели по шкале MoCA зарегистрированы среди пациентов со стенозирующим атеросклерозом (I группа): средний балл (Me) в I-A подгруппе составил 25 (22–27, Q1–Q3), в I-B подгруппе – 22 (20–25, Q1–Q3). Средний балл у пациентов II группы был в границах нормы: в II-A подгруппе – 27 (25–29, Q1–Q3), в II-B – 26 (24,5–28, Q1–Q3) баллов.

Синдром умеренных КР установлен у 30 (53,6%) пациентов I группы (преимущественно в I-B) и у 15 (27,8%) пациентов II группы ($p < 0,01$); достоверной разницы между подгруппами II-A и II-B не выявлено.

Наиболее выраженные изменения у обследованных пациентов зарегистрированы в блоках: оптико-пространственное восприятие (50,9%), кратковременная память (35,5%), внимание (33,6%), счет (25,5%) ($p < 0,05$). Следует отметить, что у пациентов I группы выраженность нарушений была большей во всех блоках шкалы MoCA.

При нейропсихологическом тестировании по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) у обследованных пациентов отмечалось достоверное увеличение случаев проявления тревоги и депрессии – 57,8% и 66,0% в I и II группах соответственно. Проявления были разной степени выраженности – от субклинических до клинических. Если в I группе преобладали клинические проявления – у 19 (33,9%) пациентов, то во II группе – субклинические, у 29 (54,7%), $p < 0,05$. Нормальные показатели в блоке «тревога» от 0 до 7 баллов регистрировались

в 23 (41,1%) случаях в I группе и в 18 (33,3%) во II группе. Достоверно значимой разницы показателей между подгруппами в блоке «тревога» не было выявлено.

Проявления депрессии различной степени выраженности встречались у обследованных пациентов почти с одинаковой частотой: в I группе выявлены в 22 (39,3%) случаях, с преобладанием в I-A подгруппе – 53,1% ($p < 0,05$); во II группе – в 19 (35,2%) наблюдениях. Признаки клинически выраженной депрессии преобладали в I группе (у 26,8%) в сравнении с II группой (у 14,8%); субклинические проявления были зарегистрированы у 12,5% и 20,4% пациентов соответственно в I и II группах.

В блоке «депрессия» были выявлены достоверные различия между подгруппами II группы: в II-A подгруппе депрессивные изменения имели место в 14 (46,7%) случаях, в то время как в II-B – клинически выраженных признаков депрессии не зарегистрировано ($p = 0,01$). В целом почти 70% обследованных лиц не имели признаков депрессии.

Признаки ПД установлены у 84 (76,4%) обследованных пациентов по результатам оценочных шкал «выгорание» и «профессиональная дезадаптация». Общий средний балл (Me) по шкале «профессиональная дезадаптация» составил 52 (37–64, Q_1 – Q_3), средний балл в I группе – 52 (45–68, Q_1 – Q_3), во II группе – 50 (32–61, Q_1 – Q_3) (табл. 2).

У пациентов I группы умеренные и выраженные проявления ПД (от 32 до 96 баллов) выявлены в 44 (78,6%) наблюдениях: умеренный уровень дезадаптации (32–64 балла) имели 26 (46,4%) обследованных, выраженный уровень (65–95 баллов) – 18 (32,1%) пациентов, преимущественно в I-B подгруппе – у 11 (45,8%). Такие изменения рассматриваются как показания к оказанию помощи специалистами для проведения реадaptации, а в крайних случаях – рекомендации изменить профессию или место работы.

По отдельным блокам доминировали изменения, характеризующие самочувствие – 45,2% (19/42), в частности в подгруппах: общая активность – 42,1% (8/19) и ощущение усталости – 31,6% (6/19). Нарушения в блоке цикл «сон-бодрствование» наблюдалось у 38,1% (16/42); снижение мотивации к деятельности – 30,9% (13/42). В меньшей степени регистрировали нарушения в блоках «соматовегетативные

Таблица 2

Характеристика обследованных пациентов по шкале «профессиональная дезадаптация»

Показатель	Группа IA (n=32) Me Q_1 – Q_3 Min–Max	Группа IB (n=24) Me Q_1 – Q_3 Min–Max	Группа IIA (n=30) Me Q_1 – Q_3 Min–Max	Группа IIB (n=24) Me Q_1 – Q_3 Min–Max	Сравнение групп	
					Группы	U Манна – Уитни, p
Баллы	55 46–69 10–77	50 45–67 25–80	48 30–74 15–83	55 33–57 19–73	IA–IIA*	82,0; 0,01
					IA–IB	210,0; 0,93
					IIA–IIB	326,0; 0,68
					IB–IIA	134,0; 0,79
					IB–IIB*	71,0; 0,04

Примечание: * статистически значимая разница между группами ($p < 0,05$).

расстройств» – 26,1% (11/42) и «социальное взаимодействие» – 11,9% (5/42). Статистически значимой разницы между подгруппами не было выявлено.

У пациентов II группы нарушения профессиональной адаптации отмечены в 38 (70,4%) случаях. В II-A подгруппе 66,7% (20/30) пациентов имели значимые проявления ПД: умеренные изменения проявились в 40,0% случаев (12/30), выраженные – в 27,6% (8/30). Равнозначно преобладали изменения в блоках «соматовегетативные расстройства» и «нарушение самочувствия» – 46,7% и 43,3% соответственно, также в цикле «сон-бодрствование» (30,0%); в меньшей мере – «социальное взаимодействие» (16,7%) и «снижение мотивации к деятельности» (13,3%).

Среди пациентов II-B подгруппы процент значимых проявлений ПД также был достаточно высоким – 75,0% (18/24), преимущественно умеренного уровня – у 66,7% (16/24). Выраженный уровень ПД был зарегистрирован у 8,3% (2/24) лиц, низкий – у 25,0% (6/24) (табл. 3). Преобладали изменения в блоках «нарушение самочувствия» (58,3%), соматовегетативные изменения (41,6%), в меньшей степени – цикл «сон-бодрость» и социальное взаимодействие (по 33,3%), снижение мотивации к деятельности (16,7%).

Анализ данных оценочной шкалы «выгорание» свидетельствовал о существенном преобладании изменений в блоке «редукция личностных достижений» в I и II группах – у 30 (53,4%) и 28 (51,9%) лиц соответственно. Данные изменения характеризуют чувство некомпетентности в своей профессиональной сфере и/или неудовлетворение результатами своего труда. Уровень выявления изменений в блоке «эмоциональное истощение» в I группе составил 33,9% (у 19 пациентов) с практически одинаковым распределением по подгруппам (31,3% и 37,5% в I-A и I-B соответственно), а в группе II – 33% (у 18 лиц). Однако в отличие от I группы признаки эмоционального истощения достоверно преобладали у пациентов II-B группы – 54,2% ($p=0,01$).

Признаки деперсонализации, характеризующие циничное отношение к окружающим, были зарегистрированы лишь у 7 (6,4%) из всех обследованных пациентов. Изменения в блоке «деперсонализация» в I-B и II-B группах не были выявлены (табл. 4).

Таким образом, данные нейропсихологического тестирования свидетельствовали о достаточно выраженных проявлениях ПД у лиц умственного труда с ХИМ, что имело место в обеих обследованных группах с преобладанием частоты изменений у пациентов со стенозирующим атеросклерозом БЦА в блоке «редукция личностных достижений». У преобладающего большинства обследованных пациентов были

Таблица 3

Уровень выраженности проявлений профессиональной дезадаптации (ПД) в группах

Уровень выраженности ПД (баллы)	I группа (n=56)		II группа (n=54)	
	I-A (n=32)	I-B (n=24)	II-A (n=30)	II-B (n=24)
Низкий (до 32)	28,1% (9)	12,5% (3)	33,3% (10)	25,0% (6)
Умеренный (32–64)	50,0% (16)	41,7% (10)	40,0% (12)	66,7% (16)
Выраженный (65–95)	21,9% (7)	45,8% (11)*	27,6% (8)	8,3% (2)*

Примечание: * статистически значимая разница между группами ($p<0,05$).

Таблица 4
Выраженность изменений по результатам шкалы «выгорание»

Блоки нарушения	I группа		II группа	
	I-A (n=32)	I-B (n=24)	II-A (n=30)	II-B (n=24)
Редукция достижений	16 (50,0%)	14 (58,3%)	19 (63,3%)	9 (37,5%)
Эмоциональное истощение	10 (31,3%)	9 (37,5%)	5 (16,7%)*	13 (54,2%)*
Деперсонализация	5 (15,6%)	–	2 (6,7%)	–

Примечание: * статистически значимая разница между группами ($p < 0,05$).

выявлены проявления тревоги разной степени выраженности, тем не менее признаки депрессии преобладали по частоте в I клинической группе. Отклонения от нормативных значений по данным шкалы MoCA имели место у пациентов со стенозирующим атеросклерозом БЦА с преобладанием в более старшей возрастной подгруппе, в основном в блоках «оптико-пространственное восприятие», «кратковременная память», «внимание».

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным патопсихологического и нейропсихологического тестирования наиболее выраженные изменения у пациентов с ХИМ выявлялись в блоках кратковременной памяти, внимания, оптико-пространственного восприятия.

Нарушения профессиональной адаптации у лиц умственного труда с ХИМ установлены в 76,8% случаев, частота выявления профессиональной дезадаптации выраженной степени преобладала у пациентов более старшего возраста со стенозирующим атеросклерозом брахиоцефальных артерий ($p < 0,05$); наиболее значимые изменения отмечены в блоке «редукция личностных достижений» (52,7%).

Комплексная методика оценки когнитивных нарушений и профессиональной дезадаптации у работников умственного труда, страдающих ХИМ, позволяет количественно оценить степень выраженности недементных когнитивных расстройств и проследить изменения в динамике. Шкалу профессиональной дезадаптации целесообразно использовать в качестве дополнительного инструмента оценки функционального состояния в диагностике ХИМ у работников умственного труда.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Mischenko T., Lapshina I., Mischenko V. (2010) Hronicheskaya ishemiya mozga (kriterii diagnostiki, novie vozmozhnosti lecheniya) [Chronic cerebral ischemia (criteria for diagnosis, new treatment options)]. *J. Ukraine medical*, vol. 6 (80), pp. 101–104.
2. Mischenko T. (2015) Epidemiologiya zahvoryuvan' nervovoї sistemi v Ukraїni [Epidemiology of diseases of the nervous system in Ukraine]. *Bulletin of the Ukraine neuropsychiatry*, vol. 3 (84), pp. 151–152.

3. Trischins'ka M. (2016) Optimizatsiya pervinnoi profilaktiki hronichnoi ishemii mozku shlyahom vivchennya mehanizmv ii rozvitku [Optimization of primary prevention of chronic cerebral ischemia by studying the mechanisms of its development]. *J. Ukraine neurologist*, vol. 2, pp. 36–42.
4. Pantoni L. (2010) Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges. *Lancet Neurologi*, vol. 9, pp. 689–701.
5. Windham B., Griswold M., Shibata D. (2012) Covert neurological symptoms associated with silent infarcts from midlife to older age: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Stroke*, vol. 43, pp. 1218–1223.
6. Poels M., Steyerberg E., Wieberdink R. (2012) Assessment of cerebral small vessel disease predicts individual stroke risk. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, vol. 83, no 12, pp. 1174–1179.
7. Mischenko T., Shestopalova L., Treschinskaya M. (2008) *Klinicheskie shkali i psihodiagnosticheskie testi diagnostiki sosudistih zbolevanii golovnogogo mozga: metod. rekomendatsii* [Clinical scales and psychodiagnostic tests for the diagnosis of vascular diseases of the brain: method. recommendations]. Harkov (in Ukrainian).
8. Chebotar'ova L., Globa M., Sulii L., Chervits' G. (2016) Kompleksnii pidhid do otsinki pomirnih kognitivnih porushen' u patsientiv z hronichnoyu ishemieyu golovnogogo mozku [An integrated approach to assessment of mild cognitive disorders in patients with chronic cerebral ischemia]. *J. Ukraine neurologist*, vol. 2, pp. 43–49.
9. Levin O. (2012) Sovremennie podhodi k diagnostike i lecheniyu distsirkulyatornoi entsefalopatii [Current approaches to the diagnosis and treatment of dyscirculatory encephalopathy]. *J. international neurological*, vol. 1, no 476 pp. 117–127.
10. Gafarova N. (2011) [Influence of personal characteristics on social and professional disadaptation on the example of research of medical workers]. *Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology*, vol. 42, pp. 84–89. Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17112847>
11. Kulikov V., Kirsanov R., Zasorin S., Shulgina L., Dicheskul M., Bespalov A., Khorev N., Subbotin Y. (2012) *Standarty dupleksnogo skanirovaniya sosudov. 3rd ed.* [Internet]. Barnaul: Altai State Medical University [cited March 14, 2018].
12. Globa M., Kalashnikov V., Lins'ka G. (2017) Propozitsii schodo standartizatsii ul'trazvukovogo doslidzhennya sudin shii ta golovi [Proposals for standardization of ultrasound examination of neck and head vessels]. *J. Ukraine neurosurgical*, vol. 1 (77), pp. 40–45.
13. Damulin I., Zaharov V. (2005) *Distsirkulyatornaya entsefalopatiya: patogenez, klinika, lechenie: metodicheskie rekomendatsii* [Dyscirculatory encephalopathy: pathogenesis, clinic, treatment: methodical recommendations]. Moscow: Media Sfera. (in Russian)

Поступила/Received: 04.03.2019

Контакты/Contacts: docmarina99@gmail.com, LSuliy@ukr.net, dr.mgloba@gmail.com