

## КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

*Новодворская М.В., Святская Е.Ф., Сикорская И.С.,  
Жукова Т.В., Емельянов Г.А.*

*БелМАПО, Минск*

Инсульты продолжают занимать одно из лидирующих мест среди причин смерти и заболеваемости населения, принося значительные экономические затраты и высокие показатели трудовых потерь, первичной инвалидности. Эта группа заболеваний требует углубления научно-практического подхода и постоянного совершенствования социально-экономических мер. Первичная заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения в разных странах мира колеблется от 2,6 до 7,43 случаев на 1000 жителей и составляет до 15 млн случаев в год. Около 35% от всех пациентов, перенесших инсульт, являются лицами трудоспособного возраста. Повсеместно происходит уменьшение возраста пациентов с инфарктом мозга. Первичная инвалидность после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения насчитывает 34 случая на 100 тыс. населения. В Республике Беларусь заболеваемость инсультом в течение последних лет колеблется в районе 296 случаев на 100 тыс. населения.

Острые нарушения мозгового кровообращения стоят на первом месте в ряду причин приводящих пациентов к инвалидности. Если нарушениям в двигательной сфере уделяется максимальное внимание, то снижение когнитивных функций зачастую игнорируется. Хотя они включают в себя такие важные для полноценной жизни функции, как память, концентрация внимания, речь, визуально-пространственная ориентация, исполнительная функция, счет, понимание и суждение. Согласно данным мировых исследований частота встречаемости когнитивного снижения после инсульта варьирует от 20 до 80% в зависимости от страны, где проводилось исследование, и диагностических критериев. Патогенез развития когнитивных нарушений до конца не ясен. Тем не менее, обнаружено, что нейроанатомические поражения, вызванные инсультом в таких областях, как гиппокамп и белое вещество полушарий, микроочаговые кровоизлияния и болезнь Альцгеймера с инсультом, по отдельности или в комбинации, способствуют патогенезу когнитивных нарушений после инсульта. Таким образом, в основе патогенетических механизмов лежат цереброваскулярные нарушения и дегенерация нейронов.

Клинически возможны варианты проявления от легкого когнитивного снижения до деменции. Если ранее деменцию после инсульта относили к группе сосудистых деменций, то недавние исследования аутопсий показали сме-

**Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.**

шанный генез (сосудистый и болезни Альцгеймера) в 50% случаев.

Легкие и умеренные нарушения носят относительно обратимый характер. Спустя 3 месяца после инсульта когнитивное снижение обнаруживается у примерно 25-35% пациентов, по некоторым данным у 60%. Самыми значимыми для восстановления и оценки последствий инсульта в отношении когнитивных функций является период в течение 3 месяцев после инсульта, а спустя 6 месяцев темпы восстановления значительно снижаются. Для оценки выраженности нарушений и динамики состояния используются разнообразные опросники и шкалы. Самыми распространенными являются: Краткий опросник оценки психического статуса (Mini Mental State Examination), Монреальская когнитивная оценочная шкала (Montreal cognitive assessment scale), 6-ти предметная проверка (Six item screener) и др.

Риск развития когнитивных нарушений после инсульта связан с тем, что зачастую цереброваскулярным заболеваниям сопутствует деменция. Она же повышает риск повторного инсульта. Такие демографические показатели как возраст и уровень образования могут вносить вклад в развитие когнитивного снижения после инсульта. Возраст является фактором риска не только инсульта, но и снижения когнитивных способностей, поэтому риск развития когнитивных нарушений увеличивается в геометрической прогрессии при достижении пациентами 65 лет. Любопытными являются исследования, демонстрирующие более частое и заметное когнитивное снижение у работников ручного труда (при ишемическом инсульте) и у лиц, занимающие руководящие позиции. Сосудистые факторы риска, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, гиперлипидемия, мерцательная аритмия и курение увеличивают риск когнитивных нарушений, вызываемых цереброваскулярными нарушениями, болезнью Альцгеймера инсультом.

В качестве терапии когнитивных нарушений после инсульта могут использоваться ингибиторы холинэстеразы (допепенезил), мемантин – повышают память, внимание, но особо не влияют на ежедневное функционирование. Также некоторую эффективность продемонстрировали ноотропы (цитиколин, препараты гинкго билоба). Важную роль играет медикаментозная коррекция факторов риска и профилактика повторного инсульта, особенно прием гипотензивной терапии, антиаритмических препаратов. Большое значение имеет обучение пациента способам компенсации сниженных функций (ведение записей важных дел, упрощение организации домашнего пространства), тренировка памяти и внимания специальными программами, упражнениями, поддержание адекватной физической активности.