

УДК 616.89-02-085

<https://doi.org/10.33619/2414-2948/121/46>

ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПАМЯТИ

©**Свердлова И. А.**, ORCID: 0000-0002-3511-242X, SPIN-код: 2537-9810,
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения
квалификации им. С. Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан, sia0505@mail.ru

©**Каримов Ж. М.**, ORCID: 0000-0003-4317-2649, SPIN-код: 3905-7161, канд. мед. наук,
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения
квалификации им. С. Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызстан, k_jenishbek@mail.ru

©**Оморова Д. А.**, Клиническая больница Управления делами Президента Кыргызской
Республики, г. Бишкек, Кыргызстан, omorova1003@gmail.com

EXPERIENCE OF THE MEMORY CABINET

©**Sverdlova I.**, ORCID: 0000-0002-3511-242X, SPIN-code: 2537-9810, Kyrgyz State Medical
Institute of Retraining and Advanced Training named after S. B. Daniyarov,
Bishkek, Kyrgyzstan, sia0505@mail.ru

©**Karimov Zh.**, ORCID: 0000-0003-4317-2649, SPIN-code: 3905-7161, Ph.D., Kyrgyz State
Medical Institute of Retraining and Advanced Training named after S. B. Daniyarov,
Bishkek, Kyrgyzstan, k_jenishbek@mail.ru

©**Omorova D.**, Clinical Hospital of the Administration of the President of the Kyrgyz Republic,
Bishkek, Kyrgyzstan, omorova1003@gmail.com

Аннотация. Представлена работа с когнитивными нарушениями после перенесенного ишемического инсульта в первые 1,5 года. Указаны скрининговые шкалы, которые были использованы для отбора пациентов на когнитивную реабилитацию в кабинет памяти и для их динамического наблюдения в процессе работы. Показано, что в первые 3 месяца преобладает политип когнитивных нарушений, независимо от бассейна нарушения мозгового кровообращения, а спустя это время начинает преобладать монотип когнитивных нарушений. Сделан акцент на развитие постинсультной депрессии у части больных, которая служит причиной «псевдокогнитивных нарушений» и медикаментозная коррекция депрессивной симптоматики приводит к улучшению когнитивных функций пациента. Авторы намерены продолжить работу кабинета памяти.

Abstract. The authors of the article share their experience of working with cognitive impairments after an ischemic stroke in the first 1,5 years. The article describes the screening scales that were used to select patients for cognitive rehabilitation in the memory room and for their dynamic observation during the work process. It has been shown that in the first 3 months, a polytype of cognitive impairment predominates, regardless of the pool of cerebrovascular accident, and after this time, a monotype of cognitive impairment begins to predominate. The article focuses on the development of post-stroke depression in some patients, which causes "pseudocognitive impairment," and the medication-based treatment of depressive symptoms leads to improvement in the patient's cognitive function. The authors intend to continue the work of the memory room.

Ключевые слова: ишемический инсульт, нейропсихологическая диагностика, когнитивные нарушения, тревожность, депрессия, когнитивная реабилитация

Keywords: ischemic stroke, neuropsychological diagnostics, cognitive impairments, anxiety, depression, cognitive rehabilitation

Инвалидизация от инсульта занимает первое место среди причин первичной инвалидности, достигая, по данным разных авторов 40-80% [1].

Лишь 8% выживших больных способны вернуться к прежней работе после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения, ещё 20% не могут самостоятельно ходить, а 31% нуждаются в посторонней помощи. Поэтому важна ранняя реабилитация пациентов с ОНМК.

На реабилитационный потенциал большое влияние оказывает мотивация больного к восстановлению. В свою очередь, мотивация напрямую зависит от когнитивного резерва и когнитивных функций пациента, а последние по данным международных эпидемиологических исследований, нарушаются в 24 до 96%, в зависимости от методик, которые использовались в исследовании. В тех работах, где использовалось расширенное нейропсихологическое исследование, было показано, что КН (когнитивные нарушения) присутствуют у значительного числа пациентов (42–96%), перенесших инсульт [2, 3].

Данные исследований распространенности различных по выраженности КН (недементных КН, деменции) свидетельствуют о большей встречаемости недементных форм КН. Деменция отмечалась у 4–31% пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) [4]. При этом наименьший показатель (4%) был получен в исследовании, проведенном в Сингапуре W. Tham et al., где анализировались пациенты относительно молодого возраста (средний возраст – $59 \pm 5,6$ года) после транзиторной ишемической атаки или инсульта с минимальным неврологическим дефицитом [5].

В других исследованиях, в которые включались пациенты более пожилого возраста и с инсультом различной тяжести, доля постинсультной деменции составляла не менее 11%, не достигающие выраженности деменции КН выявлялись в 6–71% случаев инсульта [6, 7].

С нашей точки зрения, эти значения гораздо лучше отражают существующую клиническую реальность. В течение восстановительного периода инсульта доля пациентов как с недементными КН, так и с деменцией имеет тенденцию к уменьшению [8].

Это отражает общие закономерности динамики неврологических симптомов в этом периоде. Медико-социальная значимость постинсультных когнитивных нарушений трудно переоценить, особенно на качество жизни пациентов и их родственников. Необходимость ухода за пациентом зачастую вынуждает родственников прекратить или уменьшить свою трудовую деятельность, значительно ограничить свое участие в социальной жизни, становится тяжелым эмоциональным бременем для всей семьи. Помимо непосредственного негативного влияния на качество жизни постинсультные КН связаны также с прогнозом восстановления других неврологических функций после инсульта. Многочисленные наблюдения неоспоримо свидетельствуют, что наличие КН ассоциировано с менее быстрым и менее полным восстановлением неврологических функций после инсульта [9].

Постинсультные КН ассоциированы также с повышенным риском повторного инсульта [10].

Хочется отметить, что литература по зарубежным исследованиям по данной проблеме относится с 10-летней давности.

Целью нашего открытого наблюдательного исследования была оценка динамики когнитивных нарушений именно в ранний восстановительный период после ишемического инсульта. Для этого на базе кафедры неврологии и нейрохирургии был организован кабинет памяти с целью раннего выявления и коррекции когнитивных нарушений у пациентов в

первые 1,5 года после перенесенного ишемического инсульта. Отбор пациентов производился в ангионеврологических отделениях г. Бишкек, оказывающим помощь при инсульте в острый период. Было обследовано 385 пациентов (Рисунок).

Критерием включения было ясное сознание ШКГ 15 баллов) и письменное согласие. Одним из дополнительных критериев отбора пациентов для когнитивной реабилитации в кабинете памяти была возможность пациента повторных посещений кабинета памяти. Из 385 человек когнитивные нарушения в острый период выявлены у 355 пациентов (92%). Из последней группы было отобрано 100 человек с помощью Mini-Cog теста. В последующем этим пациентам были использованы скрининговые стандартизированные шкалы: MMSE, MoCA-тест, с помощью которых было выявлено 39 пациентов с лёгким когнитивным расстройством и 61 с умеренным когнитивным расстройством.

С данными пациентами была начата работа в кабинете памяти. Врач-нейропсихолог определял тип когнитивных нарушений и разрабатывал программу индивидуальной когнитивной реабилитации. Повторная оценка когнитивных функций производилась 1 раз в квартал на протяжении 1,5 лет. У 78% из этой группы пациентов в первые 3 месяца после ишемического инсульта был выявлен политип когнитивных нарушений. Через 6 месяцев при оценки динамики когнитивных расстройств в 55% выявлялся монотип когнитивных нарушений. У 20 пациентов (33%) в процессе динамического наблюдения были выявлены «псевдокогнитивные нарушения», обусловленные умеренной постинсультной депрессией (средний балл по шкале депрессии Цунга составил 61,4) и после дополнительной медикаментозной коррекции СИОЗС (селективными ингибиторами обратного захвата серотонина), в среднем на протяжении 9 месяцев позволило» перейти 16 пациентам к концу 9 месяца наблюдения в группу пациентов с лёгкими когнитивными расстройствами.

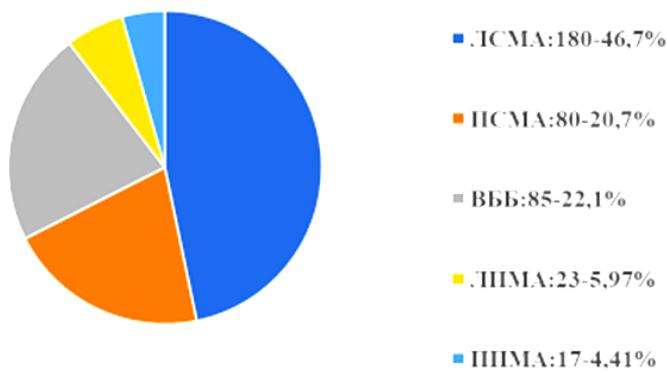


Рисунок. Распределение обследованных 385 пациентов

Динамика когнитивных нарушений в сторону уменьшения на протяжении периода наблюдения в кабинете памяти оценивался как позитивный результат и наблюдался у 78 пациентов из 100 пациентов, у 12 пациентов не отмечалось положительного результата, они остались в своей группе.

У 10 пациентов, несмотря на когнитивную реабилитацию отмечалось ухудшение когнитивных расстройств, но несмотря на это ухудшение когнитивная реабилитация продолжалась. Прежде всего раннюю диагностику когнитивных нарушений у пациентов после ишемического инсульта, на которые часто не обращают внимание ввиду перекрытия их двигательными, координаторными, чувствительными и эмоционально-аффективными нарушениями. А как указывалось выше даже лёгкие когнитивные нарушения ухудшают реабилитационный потенциал пациента. Динамическое наблюдение за нашими пациентами

позволило выявить и «псевдокогнитивные нарушения» на фоне депрессивной симптоматики. Так данная оценка позволила нам проследить на протяжении периода наблюдения как улучшение когнитивных функций, так и ухудшение, причем в большинстве случаев ухудшение наблюдалось на фоне ухудшения эмоционально-аффективной сферы. Параллельно велась работа с родственниками: их консультирование и психообразование. В конечном итоге — получили увеличение самостоятельности наших больных, улучшение качества жизни и самого пациента, и его близкого окружения, уменьшая и социальную, и семейную нагрузку на их родственников. Групповых тренингов пока не проводилось с данной группой пациентов, но когда пациент видит успехи рядом сидящего такого же пациента после ишемического инсульта у него повышается мотивация к восстановлению. В дальнейшем работа кабинета памяти с возможностью привлечения логопеда, социальных работников и волонтеров и расширением спектра оказываемой помощи, а возможно и с расширением пациентов с другими когнитивными нарушениями: с нейродегенеративными, сосудистыми и другими будет продолжена.

Список литературы:

1. Melanie N., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update // Eur Heart J. 2013. V. 34. №39. P. 3028-34.
2. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Особенности ведения пациентов с постинсультными когнитивными нарушениями // Нервные болезни. 2011. №3. Р. 14-20.
3. Левин О. С., Боголепова А. Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2020. Т. 120. №11. С. 99-107. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012011199>
4. Kalaria R. N., Akinyemi R., Ihara M. Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia // Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease. 2016. V. 1862. №5. P. 915-925. <https://doi.org/10.1016/j.bbadi.2016.01.015>
5. Чердак М. А., Яхно Н. Н. Нейродегенеративные и сосудистые факторы развития постинсультных когнитивных расстройств // Неврологический журнал. 2012. Т. 17. №5. С. 10-15.
6. Кулеш А. А., Шестаков В. В. Постинсультные когнитивные нарушения и возможности терапии препаратом целлекс // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2016. Т. 116. №5. С. 38-42. <https://doi.org/10.17116/jnevro20161165138-42>
7. Захаров В. В. Когнитивные нарушения после инсульта: медико-социальная значимость и подходы к терапии // Нервные болезни. 2015. №2. С. 2-8.
8. Коваленко Е. А., Боголепова А. Н. Динамика постинсультного когнитивного дефицита и основные факторы, которые на нее влияют // Фарматека. 2018. №5. С. 46-53. <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2018.5.46-52>
9. Левин О. С., Васенина Е. Е., Дударова М. А., Чимагомедова А. Ш. Отставленное прогрессирование когнитивных нарушений после ишемического инсульта: причины и подходы к коррекции // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2017. №4. С. 14-19.
10. Булякова Г. А., Ахмадеева Л. Р., Лакман И. А., Байков Д., Исрофилов М., Мамытова Э., Кочежев А. Когнитивные сосудистые нарушения и морфометрические показатели префронтальной дорсолатеральной коры и таламуса у постинсультных пациентов // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2025. Т. 125. №2. С. 91-95.

References:

1. Melanie, N., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2013). Cardiovascular disease in Europe: epidemiological update. *Eur Heart J*, 34(39), 3028-34.
2. Zaxarov, V. V., & Vaxnina, N. V. (2011). Osobennosti vedeniya pacientov s postinsul'tny'mi kognitivnymi narusheniyami. *Nervny'e bolezni*, (3), 14-20. (in Russian).
3. Levin, O. S., & Bogolepova, A. N. (2020). Postinsul'tny'e dvigatel'ny'e i kognitivny'e narusheniya: klinicheskie osobennosti i sovremenny'e podxody k reabilitacii. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. C. C. Korsakova*, 120(11), 99-107. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/jnevro202012011199>
4. Kalaria, R. N., Akinyemi, R., & Ihara, M. (2016). Stroke injury, cognitive impairment and vascular dementia. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease*, 1862(5), 915-925. <https://doi.org/10.1016/j.bbadi.2016.01.015>
5. Cherdak, M. A., & Yaxno, N. N. (2012). Nejrodegenerativny'e i sosudisty'e faktory razvitiya postinsul'tnyx kognitivnyx rasstrojstv. *Nevrologicheskij zhurnal*, 17(5), 10-15. (in Russian).
6. Kulesh, A. A., & Shestakov, V. V. (2016). Postinsul'tny'e kognitivny'e narusheniya i vozmozhnosti terapii preparatom celleks. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. CC Korsakova*, 116(5), 38-42. (in Russian). <https://doi.org/10.17116/jnevro20161165138-42>
7. Zaxarov, V. V. (2015). Kognitivny'e narusheniya posle insul'ta: mediko-social'naya znachimost' i podxody k terapii. *Nervny'e bolezni*, (2), 2-8. (in Russian).
8. Kovalenko, E. A., & Bogolepova, A. N. (2018). Dinamika postinsul'tnogo kognitivnogo deficitu i osnovny'e faktory, kotory'e na nee vliyayut. *Farmateka*, (5), 46-53. (in Russian). <https://doi.org/10.18565/pharmateca.2018.5.46-52>
9. Levin, O. S., Vasenina, E. E., Dudarova, M. A., & Chimogomedova, A. Sh. (2017). Otstavlennoe progressirovanie kognitivnyx narushenij posle ishemiceskogo insul'ta: prichiny i podxody k korrekcii. *Sovremennaya terapiya v psixiatrii i nevrologii*, (4), 14-19. (in Russian).
10. Bulyakova, G. A., Axmadeeva, L. R., Lakman, I. A., Bajkov, D., Isrofilov, M., Mamy'tova, E., ... & Kochezhev, A. (2025). Kognitivny'e sosudisty'e narusheniya i morfometricheskie pokazateli prefrontal'noj dorsolateral'noj kory i talamus u postinsul'tnyx pacientov. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. SS Korsakova*, 125(2), 91-95. (in Russian).

Поступила в редакцию
03.11.2025 г.

Принята к публикации
11.11.2025 г.

Ссылка для цитирования:

Свердлова И. А., Каримов Ж. М., Оморова Д. А. Опыт работы кабинета памяти // Бюллетень науки и практики. 2025. Т. 11. №12. С. 377-381. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/121/46>

Cite as (APA):

Sverdlova, I., Karimov, Zh., & Omorova, D. (2025). Experience of the Memory Cabinet. *Bulletin of Science and Practice*, 11(12), 377-381. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/121/46>