

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА ДИАГНОСТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Маджидова Ё. Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Маматкурбонов Ш. Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Бобомуротова О. Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Доллиева У. М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП

Согласно данным эпидемиологических исследований, частота ишемических инсультов составляет 70-85%, кровоизлияний в мозг — 20-25%, субарахноидальных кровоизлияний — 3-5% всех случаев острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) [1, 2]. Успешное развитие высокоинформативных технологий и внедрение их в практику заложило основу для появления принципиально новых концепций этиологии и патогенеза церебральных ишемических нарушений. В последнее время показано, что церебральный инфаркт может развиваться даже при быстром регрессе клинических симптомов (менее 24 ч). Поэтому о церебральном инсульте можно говорить при наличии симптоматики длительностью более 24 ч или острого повреждения вещества мозга по данным методов нейровизуализации у пациентов с продолжительностью симптоматики менее 24 ч [1]. Учет данного фактора может изменить соотношение количества стойких и преходящих нарушений мозгового кровообращения, а также геморрагических и ишемических инсультов.

В настоящее время с учетом этиологических и патогенетических факторов, что очень важно в определении выбора методов вторичной профилактики, выделяют подтипы ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный, гемореологический. Одним из наиболее тяжелых,

требующих динамического наблюдения и совместного лечения с кардиологами, является кардиоэмболический подтип ишемического инсульта (ИИ).

Цель. Изучить психологические аспекты индивидуального подхода к диагностике когнитивных нарушений при кардиоэмболическом ишемическом инсульте.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 37 больных в возрасте от 39 до 81 лет с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения в острейшем периоде. Кардиальная патология с высоким эмбологенным риском была выявлена у 28 (75,7%) больных, при этом у 17 (6,1%) обследованных больных она была диагностирована впервые. Пароксизмальная мерцательная аритмия выявлена у 16 (43,2%) больных, постоянная форма мерцательной аритмии – у 8 (21,6%), постинфарктный кардиосклероз – у 13 (35,1%). Для объективизации степени выраженности неврологических симптомов была использована шкала NIHSS с включением клиничко-anamнестического, психопатологического и психологического методов по шкалам TAB, HAM-A, STAI и MMSE.

Результаты

Оценка неврологических нарушений у больных с кардиоэмболическим инсультом, проведенная по шкале NIHSS, составила в среднем 14 баллов. Психологический статус больных характеризовался непсихологическим регистром психических расстройств. При исследовании влияния гендерного фактора в структуре личности больных по шкале TAS у женщин составил 85,3 (1,03) балла, у мужчин -80,2 (1,0) баллов. При проведении сравнительного психометрического тестирования психопатологических отклонений были выявлены определённые особенности: «общая астения» у 16 (43,2%) больных, «физическая астения» у 8 (21,6%), «пониженная активность» и «психическая астения» -7 (18,9%), «снижение мотиваций» - у 6 (16,2%) обследованных больных.

По результатам тестирования с использованием шкалы STAI показатель степени выраженности тревоги составил 53,01±10,17. Для исследования состояния когнитивного дефицита были разработаны количественные градации признаков с объединением их в интегральный показатель. Когнитивные нарушения после пускового фактора в виде мозгового инсульта часто приобретает прогрессирующий характер, со временем трансформируясь в сосудистую или смешанную деменцию. При анализе показателей MMSE выявлено у 14 (37,8%) больных 14,01±0,24 балла, у 11 (29,7%) – 19,97±0,15 балла, у 12 (32,5%) – 24,86±0,13 балла. Выявлено взаимопотенцирующее влияние психической составляющей на характер когнитивных

<https://conferencea.org>

нарушений, так и вовлеченность органического поражения головного мозга в патогенетический механизм формирования клинической структуры психопатологических нарушений непсихического уровня.

Таким образом, кардиоэмболический инсульт является не только фактором риска, опосредованно предрасполагающего к развитию и прогрессированию когнитивных нарушений, но и несёт информацию как о прогнозе, так и течении заболевания в целом.

Выводы

Психологические аспекты индивидуального подхода способствуют более адекватному выбору терапии, а также открывают перспективы для углубления наших представлений о нейрофизиологических механизмах когнитивных расстройств.

Литература

1. Хеннерици М. Г., Богуславски Ж., Сакко Р. Л. Инсульт: клин. руководство / под ред. чл.-корр. РАМН В. И. Скворцовой; пер. с англ. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 224 с.
2. Khan F. S., Siddiqui M., Brohi H. et al. Stroke registry: a developing country's perspective // International Journal of Stroke. 2010. Vol 5, N 3. P. 234-235.
3. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / под ред. З. А. Суслиной, М. А. Пирадова. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 288 с.
4. Кандыба Д. В., Сокуренок Г. Ю. Нарушения мозгового кровообращения при патологии экстра-краниальных артерий. СПб.: Издательский центр «Золотая книга», 2003. 708 с.
5. Nabievna, M. Y., & Muzaffar, Z. (2022). Modern View on the Pathogenesis of Hiv Encephalopathy. Spanish Journal of Innovation and Integrity, 6, 478-481.