Профилактическая медицина
2026, т. 29, №6, с. 85–90
https://doi.org/10.17116/profmed20262906185

Russian Journal of Preventive Medicine
2026, vol. 29, no. 6, pp. 85–90
https://doi.org/10.17116/profmed20262906185

Клинический случай умеренного когнитивного расстройства у пациентки с острым инфарктом миокарда

© Наталья Юрьевна Шимохина, Марина Михайловна Петрова, Ольга Викторовна Зимницкая, Анна Сергеевна Вишневская, Вероника Евгеньевна Копытова, Алина Чимитовна Бадараева, Ольга Владимировна Михайлова

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

РЕЗЮМЕ

Кардиальная патология может приводить к развитию когнитивных нарушений, что подтверждается данными многочисленных исследований. В описании представленного клинического случая отмечена коморбидность умеренных когнитивных нарушений у пациентки с острым инфарктом миокарда и сохранной функцией миокарда.

Цель исследования. Установить коморбидность инфаркта миокарда и умеренных когнитивных расстройств, обосновать актуальность раннего скрининга умеренных когнитивных расстройств у пациентов с острым инфарктом миокарда в практике врача-кардиолога.

Материалы и методы. Представлено клиническое наблюдение пациентки с острым инфарктом миокарда, сохранной функцией миокарда и умеренными когнитивными нарушениями в качестве сопутствующей патологии, развившейся в дополнение к инфаркту миокарда.

Результаты. При исследовании когнитивных функций по соответствующим шкалам (МоСА, тест рисования часов, FAB, Шульте) у пациентки, перенесшей острый инфаркт миокарда, выявлены умеренные когнитивные расстройства.

Заключение. Включение оценки когнитивного статуса в кардиологическую практику является важным шагом для улучшения долгосрочного качества жизни и комплексного прогноза у пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Ключевые слова: *клинический случай, острый инфаркт миокарда, умеренные когнитивные расстройства, оценка когнитивных функций, Монреальская шкала оценки когнитивных функций, память, гипоперфузия*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:
Шимохина Н.Ю. — https://orcid.org/0000-0002-0091-5265; e-mail: doctorkardiolog99@rambler.ru
Петрова М.М. — https://orcid.org/0000-0002-8493-0058; e-mail: stk99@yandex.ru
Зимницкая О.В. — https://orcid.org/0000-0002-7027-0458; e-mail: zvezda_5786@mail.ru
Вишневская А.С. — https://orcid.org/0009-0005-1214-0021; e-mail: vishnevskaya-anna@inbox.ru
Копытова В.Е. — https://orcid.org/0009-0009-8167-224X; e-mail: kopytova.veronika@yandex.ru
Бадараева А.Ч. — https://orcid.org/0009-0004-3198-7036; e-mail: badaraeva2003@mail.ru
Михайлова О.В. — https://orcid.org/0000-0002-1385-9418; e-mail: olya8516@gmail.com
Автор, ответственный за переписку: Шимохина Н.Ю. — e-mail: doctorkardiolog99@rambler.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Шимохина Н.Ю., Петрова М.М., Зимницкая О.В., Вишневская А.С., Копытова В.Е., Бадараева А.Ч., Михайлова О.В. Клинический случай умеренного когнитивного расстройства у пациентки с острым инфарктом миокарда. *Профилактическая медицина*. 2026;29(6):85–90. https://doi.org/10.17116/profmed20262906185

A clinical case of the moderate cognitive impairment in the patient with acute myocardial infarction

© N.Yu. Shimokhina, M.M. Petrova, O.V. Zimnitskaya, A.S. Vishnevskaya, V.E. Kopytova, A.Ch. Badaraeva, O.V. Mikhailova

Prof. V.F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, Russia

ABSTRACT

Cardiac pathology may lead to the development of cognitive impairment, which is confirmed by data of numerous studies. The comorbidity of mild cognitive impairments in patient with acute myocardial infarction and preserved myocardial function is shown in the description of presented clinical case.

Objective. To establish the comorbidity of myocardial infarction and mild cognitive impairments, to substantiate the relevance of mild cognitive impairments' early screening in patients with acute myocardial infarction in practice of cardiologist.

Materials and methods. A clinical observation of patient with acute myocardial infarction, preserved myocardial function and mild cognitive impairments as comorbid pathology that developed in addition to myocardial infarction is presented.

Results. Mild cognitive impairments were revealed in patient who had suffered from acute myocardial infarction when examining cognitive functions using the relevant scales (MoCA, clock drawing test, FAB, Schulte tables).

Conclusion. Implementation of cognitive status assessment in cardiological practice is an important step to improve long-term life quality and comprehensive prognosis in patients who have had a myocardial infarction.

Keywords: *clinical case, acute myocardial infarction, mild cognitive impairments, Montreal scale, assessment of cognitive functions, memory, hypoperfusion*

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:
Shimokhina N.Yu. — https://orcid.org/0000-0002-0091-5265; e-mail: doctorkardiolog99@rambler.ru
Petrova M.M. — https://orcid.org/0000-0002-8493-0058; e-mail: stk99@yandex.ru
Zimnitskaya O.V. — https://orcid.org/0000-0002-7027-0458; e-mail: zvezda_5786@mail.ru
Vishnevskaya A.S. — https://orcid.org/0009-0005-1214-0021; e-mail: vishnevskaya-anna@inbox.ru
Kopytova V.E. — https://orcid.org/0009-0009-8167-224X; e-mail: kopytova.veronika@yandex.ru
Badaraeva A.Ch. — https://orcid.org/0009-0004-3198-7036; e-mail: badaraeva2003@mail.ru
Mikhailova O.V. — https://orcid.org/0000-0002-1385-9418; e-mail: olya8516@gmail.com
Corresponding author: Shimokhina N.Yu. — e-mail: doctorkardiolog99@rambler.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Shimokhina NYu, Petrova MM, Zimnitskaya OV, Vishnevskaya AS, Kopytova VE, Badaraeva ACh, Mikhailova OV. A clinical case of the moderate cognitive impairment in the patient with acute myocardial infarction. *The Russian Journal of Preventive Medicine.* 2026;29(6):85–90. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed20262906185

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — ведущая причина смерти во всем мире. В настоящее время ИБС болеют около 126 млн человек (1655 случаев на 100 тыс. населения), что составляет около 1,72% населения мира. Ежегодно в мире от ИБС умирает около 9 млн человек [1]. Одной из наиболее частых форм ИБС является острый инфаркт миокарда (ОИМ). Ежегодно в мире отмечается более 15 млн новых случаев ОИМ [2].

На фоне патологии сердечно-сосудистой системы вторично возникают заболевания головного мозга, которые связаны с хроническим или острым нарушением мозгового кровообращения (цереброваскулярные заболевания). Следствием цереброваскулярных заболеваний являются сосудистые когнитивные расстройства (КР) [3].

Распространенность КР в России составляет 13—22% у лиц в возрасте 60—69 лет и существенно возрастает до 43% у лиц в возрасте старше 85 лет [4]. Во всем мире выявлено почти 36 млн человек с деменцией [5], в России — около 1,8 млн человек [6]. На долю сосудистой деменции приходится 20—25% случаев [7].

При оценке влияния перенесенного инфаркта в анамнезе у больных с ИБС на выраженность когнитивных нарушений получены следующие данные: в общей выборке пациентов с ИБС перенесли инфаркт 176 (66,6 %) из 264 [8]. При поздней диагностике и отсутствии терапии сосудистых умеренных КР (УКР) они трансформируются в сосудистую деменцию, которая нарушает самообслуживание пациента и приводит к его зависимости от постоянного наблюдения окружающих людей (родственников, социальных работников, медицинского персонала) [9]. У 8—15% пациентов в течение одного года УКР переходят в деменцию [10]. Вероятно, это связано с тем, что диагностика сосудистых УКР запаздывает: когнитивные расстройства диагностируются уже после трансформации сосудистых УКР в сосудистую деменцию [11].

Цель исследования — установить коморбидность инфаркта миокарда и умеренных когнитивных расстройств, обосновать актуальность раннего скрининга умеренных когнитивных расстройств у пациентов с острым инфарктом миокарда в практике врача-кардиолога.

Материалы и методы

Исследование проведено в кардиологическом отделении для больных с ОИМ КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича» г. Красноярска в период с 28.02.2025 г. по 10.03.2025 г. Перед началом исследования получено письменное информированное добровольное согласие пациента. Клиническая диагностика степени тяжести сосудистых КР основывается на применении нейропсихологических шкал и опросников: Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA), шкалы IQCODE, шкалы FAB, теста рисования часов, пробы Шульте. Для диагностики уровня тревоги и депрессии применяется госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Клинический случай

Пациентка *А.*, 65 лет, жительница города Красноярска, находилась на лечении в кардиологическом отделении КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича».

Жалобы. При поступлении в отделение пациентка *А.* предъявляла жалобы на жгучую боль в грудной клетке, иррадиирующую в левую руку и шею, длящуюся более 30 минут, не купирующуюся нитроглицерином, одышку при быстрой ходьбе.

Данные анамнеза. Пациентка болеет гипертонической болезнью в течение 14 лет с максимальными цифрами артериального давления (АД) до 200/90 мм рт.ст., адаптирована к уровню АД 140/80 мм рт.ст. Клиника стенокардии появилась в феврале 2025 г. Пациентка имеет отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям. Вредные привычки отрицает. Образование: среднее профессиональное. Острого нарушения мозгового кровообращения, бронхиальной астмы, сахарного диабета, онкологических заболеваний, патологии щитовидной железы у пациентки нет. Аллергологический анамнез не отягощен. После обследования в приемном отделении установлен диагноз:

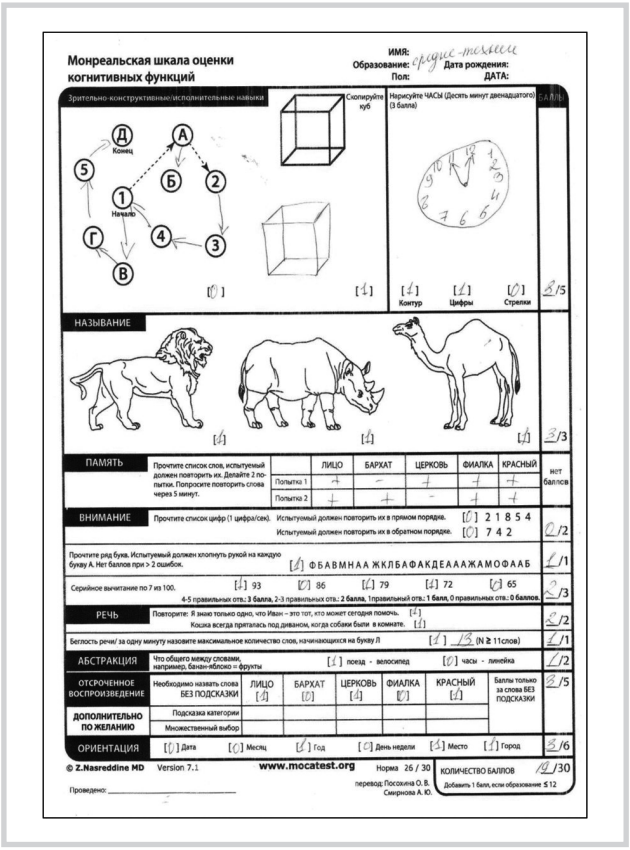


Рис. 1. **Оценка когнитивных функций по Монреальской шкале оценки когнитивных функций у пациентки с инфарктом миокарда.**

Fig. 1. **Assessment of cognitive function using the Montreal Cognitive Assessment test in a patient with myocardial infarction.**

«Острый инфаркт миокарда без подъема сегмента *ST*». Основанием послужили характерная клиника, данные электрокардиографии (ЭКГ), а также повышение уровня МВ-фракции креатинфосфокиназы (МВ-КФК) и тропонина I. Проведена оценка по шкале GRACE, результат 144 балла, в связи с этим принято решение провести коронарную ангиографию, во время которой выполнено стентирование коронарных артерий.

На момент исследования когнитивных функций пациентка получала медикаментозную терапию, включавшую ацетилсалициловую кислоту 100 мг, клопидогрел 75 мг, бисопролол 5 мг, фозиноприл 10 мг, аторвастатин 80 мг.

Диагностическая оценка. Оценку когнитивных функций по Монреальской шкале проводили на 8-е сутки после развития ОИМ **(рис. 1)**. Оценка ответа 19 баллов, что соответствует умеренным когнитивным расстройствам. Отмечается нарушение зрительно-конструктивных навыков, памяти, внимания, ориентации, абстрактного мышления.

Тест рисования часов — оценка 8 баллов, свидетельствующая о выраженном нарушении памяти. Для оценки внимания проведена проба Шульте, которую пациентка выполнила за 80 с, что соответствует умеренному снижению внимания. По шкале FAB получена оценка 15 баллов, что указывает на умеренную лобную дисфункцию. Для исключения тревоги и депрессии пациентка обследована по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) при госпитализации, а также на 3-и и 8-е сутки стационарного лечения. В день госпитализации по шкале тревоги пациентка набрала 12 баллов, что соответствует клинически выраженной тревоге, а по шкале депрессии — 7 баллов, что соответствует норме. На 3-й день госпитализации количество баллов по шкале тревоги составило 7, по шкале депрессии — 7, оба показателя соответствуют норме. На 8-е сутки стационарного лечения по шкале тревоги пациентка набрала 5 баллов, что соответствует норме, а по шкале депрессии — 6 баллов, что также говорит об отсутствии депрессии.

Таким образом, депрессии у пациентки не было, а клинически выраженная тревога наблюдалась только в день госпитализации, что отражает беспокойство пациентки за свое здоровье. Поскольку в динамике на 3-и и 8-е сутки стационарного лечения признаков тревоги у пациентки не было, можно заключить, что результаты тестирования при госпитализации не влияли на результаты проводимого тестирования когнитивных функций.

Для уточнения ретроспективного нейрокогнитивного статуса, а также для оценки изменения когнитивных функций и памяти за последние 10 лет применена шкала IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) **(рис. 2)**. В классическом варианте данную шкалу используют в своей практике врачи-неврологи, врачи-психиатры, врачи-геронтологи в отношении перенесенного инсульта. Мы же применили данную шкалу как альтернативу для оценки ретроспективного нейрокогнитивного статуса до ОИМ по причине отсутствия каких-либо данных или результатов обследования, подтверждающих наличие уже существующих когнитивных нарушений до сердечно-сосудистого события. Родственники оценили, как изменились возможности пациентки за период до перенесенного инфаркта миокарда по сравнению с тем, какой она была 10 лет назад. Результат 71 балл соответствует отсутствию какого-либо значимого когнитивного снижения за оцениваемый период до ОИМ. По результатам данного опросника можно с высокой долей уверенности считать, что все имеющиеся когнитивные нарушения являются следствием перенесенного инфаркта.

После неврологического обследования на 10-е сутки пациентке проведена компьютерная томография (КТ) головного мозга в качестве дополнительного метода для исключения органической патологии **(см. рис. 3, на цв. вклейке)**. Выбор этого метода на данном этапе обоснован тем, что полная эндотелизация коронарного стента занимает около 6—8 нед, поэтому плановое проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) не рекомендовано ранее указанного срока [12, 13].

Заключение: при КТ головного мозга патологические изменения не выявлены. Рекомендовано плановое проведение МРТ головного мозга на амбулаторном этапе не ранее, чем через 6—8 нед после выписки.

Результаты лабораторных исследований. По данным биохимического анализа крови у пациентки выявлено следующее: гипонатриемия — натрий 135,0 ммоль/л (норма 136,0—145,0 ммоль/л), умеренная гиперкалиемия — калий 5,5 ммоль/л (норма 3,5—5,1 ммоль/л), повышение уровней маркеров некроза миокарда — тропонин I 3,5 нг/мл (норма 0,5 нг/мл), МВ-КФК 135 ЕД/л (норма 1—25 ЕД/л), повышение уровня общего холестерина — 5,95 ммоль/л (норма 0—5,0 ммоль/л) и липопротеинов низкой плотности — 3,16 ммоль/л (норма 0—3,0 ммоль/л).

Результаты инструментальных и функциональных исследований: ЭКГ (при поступлении): ритм синусовый с частотой сердечных сокращений 80 уд/мин. Горизонтальное по-

№	Вопрос	Балл
1.	Сразу узнает лица близких и знакомых	3
2.	Быстро вспоминает имена близких и друзей	3
3.	Хорошо помнит события, связанные с семьей и знакомыми (например, род занятий, дни рождения, адреса)	3
4.	Помнит события, которые произошли недавно	3
5.	Может вспомнить разговор несколько дней спустя	3
6.	Забывает, что хотел сказать, во время разговора	3
7.	Быстро вспоминает свой адрес и номер телефона	3
8.	Помнит, какие сегодня месяц и число	3
9.	Помнит, где обычно хранит вещи	3
10.	Может вспомнить, куда положил вещи	3
11.	Приспосабливается к изменениям в повседневной жизни	3
12.	Знает, как обращаться с бытовыми приборами	2
13.	Может понять, как обращаться с новыми бытовыми устройствами	2
14.	Может понять и запомнить новые факты	3
15.	Помнит события, которые произошли в молодости	2
16.	Помнит то, что учил 30-40 лет назад	4
17.	Может понять значение незнакомых слов	3
18.	Понимает статьи в газетах и журналах	2
19.	Может проследить ход событий в кино, оценить сюжет книги	2
20.	Может написать дружеское или деловое письмо	2
21.	Помнит важнейшие исторические события	3
22.	Может самостоятельно принимать решения в повседневных вопросах	3
23.	Рационально использует деньги для покупок	2
24.	Справляется с финансовыми задачами (например, может рассчитать сдачу в магазине, получить пенсию)	3
25.	Справляется с повседневными расчетами (сколько продуктов купить), помнит, когда последний раз приходили знакомые и пр.	2
26.	Понимает, что происходит, и может адекватно оценить обстановку	3

***Рис. 2.* Оценка изменения когнитивных функций за последние 10 лет до перенесенного инфаркта миокарда по шкале IQCODE.**

***Fig. 2.* Assessment of change in cognitive functions over the past 10 years prior to myocardial infarction using the IQCODE scale.**

ложение электрической оси сердца. Патологического зубца *Q* нет, сегмент *ST* на изолинии, отрицательный зубец *T* в отведениях aVL, $V_{5,}$ V_6.

Эхокардиографические показатели (на 3-е сутки после ОИМ). Заключение: Склероз аорты. Кальциноз кольца и створок аортального клапана и митрального клапана I степени. Уплотнены створки трикуспидального клапана. Недостаточность митрального клапана II степени. Расширена полость левого предсердия. Начальная гипертрофия межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка (ЛЖ). Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1-му типу. Сократительная способность миокарда ЛЖ сохранена. Выявлены участки гипокинезии ЛЖ:

Данные коронарографии в первые сутки острого инфаркта миокарда

Coronary angiography data on the first day of acute myocardial infarction

Тип кровообращения	Крайне левый
Заключение	Диффузные изменения коронарных артерий. Са++ Ствол ЛКА: без изменений ПМЖВ: стеноз с/3 50—55% ДВ: стеноз пр/3 — 50% ОВ: неровность контуров ср/3 с уровнем стенозирования до 30% ВТК: стеноз 90% ПКА: неровность контуров
Проведенное оперативное лечение	РЭД ВТК балонным катетером Далее последовательно имплантированы 2 стента: Калипсо 2,5×24 мм Калипсо 3,0×28 мм

Примечание. ЛКА — левая коронарная артерия; ПМЖВ — передняя межжелудочковая ветвь; ДВ — диагональная ветвь; пр/3 — проксимальная треть; ОВ — огибающая ветвь; ср/3 — средняя треть; ПКА — правая коронарная артерия; ВТК — ветвь тупого края; РЭД ВТК — рентгенэндоваскулярная дилатация ветви тупого края.

Note. LCA — left coronary artery; LADA — left anterior descending artery; RD — ramus diagonalis; pr/3 — proximal third; CB — circumflex branch; mid/3 — middle third; RCA — right coronary artery; EBD OMB — endovascular balloon dilatation of the obtuse marginal branch

сегменты 8, 9. Недостаточность трикуспидального клапана II степени, систолическое давление в легочной артерии 35 мм рт.ст. Перикардиального выпота нет. Фракция выброса ЛЖ 56%. Несмотря на ОИМ, систолическая функция левого желудочка осталась сохранной. Диастолическая дисфункция свидетельствует о длительном анамнезе гипертонической болезни. Данные коронарографии представлены в **таблице.**

Дуплексное сканирование с цветным допплеровским картированием брахиоцефальных артерий (БЦА) показало следующее: толщина комплекса интима-медиа — 0,11 см (утолщен). Атеросклероз БЦА со стенозированием внутренней сонной артерии (ВСА) слева до 20%; С-образная извитость позвоночных артерий справа и слева без дефицита линейных скоростей кровотока.

Клинический диагноз. Основной диагноз: «ИБС. Острый без подъема сегмента *ST*, без патологического зубца *Q* передне-боковой инфаркт миокарда от 28.02.2025. Чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование ветви тупого края двумя стентами Калипсо 2,5×24 мм и 3,0×28 мм от 28.02.2025».

Осложнение: хроническая сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса ЛЖ I степени, II функциональный класс по NYHA.

Фоновый: гипертоническая болезнь III степени. Гипертрофия ЛЖ, ожирение I степени. Дислипидемия. Целевой уровень АД достигнут. Риск 4 (очень высокий).

Сопутствующий: хроническая ишемия мозга II степени гипертонического, атеросклеротического генеза. Умеренные когнитивные нарушения. Атеросклероз БЦА, гемодинамически незначимый.

Медицинские вмешательства. По результатам коронарографии пациентке выполнены транслюминальная баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий. Описание: крайне левый тип кровоснабжения миокарда. Диффузные изменения коронарных артерий

Ca++. Проведена реканализация левой коронарной артерии, рентгенэндоваскулярная дилатация ветви тупого края баллонным катетером 3,0×20 мм. Последовательно имплантированы два стента: Калипсо 2,5×24 мм, Калипсо 3,0×28 мм (см. **рис. 4, на цв. вклейке**).

Результаты и обсуждение

Ключевой особенностью описанного клинического случая является коморбидность ОИМ и умеренных КР.

У данной пациентки, вопреки общепринятому мнению, что сосудистые КР развиваются при инфаркте миокарда в связи со снижением сердечного выброса, систолическая функция ЛЖ не нарушена. Значит, действуют другие патогенетические механизмы, которые привели к развитию КР у пациентки.

Вот некоторые патогенетические механизмы когнитивного снижения, рассматриваемые в рамках инфаркта миокарда и ишемической болезни сердца, которые отмечены по данным научных исследований:

— Эндотелиальная дисфункция и окислительный стресс: ИБС ассоциирована со снижением уровня оксида азота (NO) — ключевого вазодилататора. Дисфункция эндотелия усугубляет вазоконстрикцию, прокоагулянтное состояние и усиливает окислительный стресс. Образуется избыток активных форм кислорода, которые повреждают липиды, белки и ДНК нейронов, ускоряя их старение и апоптоз [14].

— Системное воспаление и нейровоспаление: ОИМ запускает мощный системный воспалительный ответ с выбросом провоспалительных цитокинов (интерлейкинов IL-1β, IL-6, фактора некроза опухоли альфа — TNF-α) [15]. Циркулирующие цитокины связываются с рецепторами на клетках гематоэнцефалического барьера, подавляют экспрессию ключевых плотных контактов между эндотелиальными клетками-белков окклюдина и клаудина [16]. Эти цитокины, преодолевая гематоэнцефалический барьер, активируют микроглию и астроциты в головном мозге, запуская каскад нейровоспаления, который повреждает нейроны и синапсы и ускоряет нейродегенеративные процессы.

Одним из активно изучаемых маркеров является микроРНК miR-134-5p, которая экспрессируется при ОИМ, положительно коррелируя в динамике с тяжестью КР у пациентов.

Описанные механизмы сложны и не до конца изучены, на данном этапе исследования мы не можем сказать, какой именно патогенетический механизм определяет снижение когнитивных функций на фоне перенесенного инфаркта миокарда у нашей пациентки. Но факт развития когнитивных нарушений у пациентов с ОИМ является основанием для проведения дальнейших исследований.

Заключение

У пациента, перенесшего острый инфаркт миокарда, даже после своевременной и успешной реваскуляризации могут развиться когнитивные расстройства. При этом в реальной клинической практике у пациентов с инфарктом миокарда не проводится оценка когнитивных функций. В связи с важностью обозначенной проблемы мы предлагаем ввести понятие фенотип «острый инфаркт миокарда и сосудистые умеренные когнитивные расстройства».

Представляется важным выявление нарушения высших корковых функций на стадии умеренных когнитивных расстройств для предотвращения перехода их в деменцию. В настоящее время еще не выявлены достоверные ранние маркеры сосудистых умеренных когнитивных расстройств. Поэтому мы рекомендуем проводить нейропсихологическое обследование с использованием Монреальской шкалы всем пациентам с острым инфарктом миокарда на 7—8-е сутки от момента установления диагноза. Дальнейшие исследования в рамках кардионеврологии должны быть направлены на поиск в плазме или сыворотке крови ранних или очных биомаркеров сосудистых когнитивных расстройств.

Данные исследований трансформируют подход к ведению пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Сегодня кардиологи и терапевты должны рассматривать таких пациентов как группу высокого риска не только по повторным сердечно-сосудистым событиям, но и по развитию когнитивных расстройств.

Учитывая риск развития когнитивных расстройств после инфаркта миокарда, мы предлагаем рассмотреть следующие возможности:

— включение когнитивного скрининга в программы кардиореабилитации и долгосрочного диспансерного наблюдения после инфаркта миокарда;

— контроль сосудистых факторов риска (показателей артериального давления, липидного спектра, уровня гликемии) не только для кардиопротекции, но и для нейропротекции;

— информирование пациентов о риске когнитивного снижения для раннего выявления симптомов.

Вклад авторов: концепция статьи — Шимохина Н.Ю., Петрова М.М., Зимницкая О.В.; концепция и дизайн исследования — Шимохина Н.Ю., Петрова М.М., Зимницкая О.В.; сбор и обработка материала — Шимохина Н.Ю., Зимницкая О.В., Вишневская А.С., Копытова В.Е., Бадараева А.Ч.; обзор литературы — Шимохина Н.Ю., Зимницкая О.В., Вишневская А.С., Копытова В.Е., Бадараева А.Ч., Михайлова О.В.; анализ материала — Шимохина Н.Ю., Зимницкая О.В., Вишневская А.С., Копытова В.Е., Бадараева А.Ч., Михайлова О.В.; написание текста — Шимохина Н.Ю., Зимницкая О.В., Вишневская А.С., Копытова В.Е., Бадараева А.Ч., Михайлова О.В.; научное редактирование — Шимохина Н.Ю., Копытова В.Е., Бадараева А.Ч.; утверждение окончательного варианта статьи — Петрова М.М., Шимохина Н.Ю., Михайлова О.В.

Финансирование. *Работа выполнена в рамках государственного задания ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (2023—2025) «Разработка персонализированного алгоритма диагностики сосудистой умеренной когнитивной дисфункции на фоне перенесенного острого инфаркта миокарда на основе новых генетических и биохимических биомаркеров», №123022800057-6.*

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Contribution of authors: concept of the article — Shimokhina N.Yu., Petrova M.M., Zimnitskaya O.V.; study concept and design — Shimokhina N.Yu., Petrova M.M., Zimnitskaya O.V.; collection and processing of material — Shimokhina N.Yu., Zimnitskaya O.V., Vishnevskaya A.S., Kopytova V.E., Badaraeva A.Ch.; literature review — Shimokhina N.Yu., Zimnitskaya O.V., Vishnevskaya A.S., Kopytova V.E., Badaraeva A.Ch., Mikhailova O.V.; material analysis — Shimokhina N.Yu., Zimnitskaya O.V., Vishnevskaya A.S., Kopytova V.E., Badaraeva A.Ch., Mikhailova O.V.; text development — Shimokhina N.Yu., Zimnitskaya O.V., Vishnevskaya A.S., Kopytova V.E., Badaraeva A.Ch., Mikhailova O.V.; scientific editing — Shimokhina N.Yu., Kopytova V.E., Badaraeva A.Ch.; approval of the final version of the article — Petrova M.M., Shimokhina N.Yu., Mikhailova O.V.

Financial Support. *The work was carried out within the framework of the state assignment of the Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V. F. Voyno-Yasenetsky (2023—2025): «Development of personalized algorithm for vascular mild cognitive dysfunction diagnosis after acute myocardial infarction based on new genetic and biochemical markers», No. 123022800057-6.*

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Khan MA, Hashim MJ, Mustafa H., et al. Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study. *Cureus*. 2020;12(7):9349. https://doi.org/10.7759/cureus.9349
2. World Health Organisation. *Cardiovascular Diseases (CVDs)*. 2017. Accessed March 25, 2026. https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)
3. Боголепова А.Н., Васенина Е.Е., Гомзякова Н.А. и др. Клинические рекомендации Когнитивные расстройства у пациентов пожилого и старческого возраста. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2021;121(10-3):6-137.
Bogolepova AN, Vasenina EE, Gomzyakova NA, et al. Clinical Guidelines for Cognitive Disorders in Elderly and Older Patients. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2021;121(10-3):6-137. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro20211211036
4. Ткачева О.Н., Чердак М.А., Мхитарян Э.А. Обследование пациентов с когнитивными нарушениями. *Русский медицинский журнал*. 2017;25:1880-1883.
Tkacheva ON, Cherdak MA, Mkhitaryan EA. Examination of patients with cognitive impairments. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2017;25:1880-1883. (In Russ.).
5. Dichgans M, Leys D. Vascular Cognitive Impairment. *Circulation Research*. 2017;120(3):573-591. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308426
6. Васенина Е.Е., Левин О.С. Приверженность терапии у больных деменцией. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2016;4:3-7.
Vasenina EE, Levin OS. Adherence to therapy in patients with dementia. *Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii*. 2016;4:3-7. (In Russ.).
7. Полякова Т.А., Араблинский А.В. Нейровизуализационные и молекулярные биомаркеры деменции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(6-2):16-22.
Polyakova TA, Arablinsky AV. Neuroimaging and molecular biomarkers of dementia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2017;117(6-2):16-22. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro201711762l6-22
8. Петрова М.М., Шпрах В.В., Еремина О.В. и др. Предоперационные факторы, влияющие на развитие когнитивных нарушений у больных ишемической болезнью сердца до операции коронарного шунтирования. *ЭНИ Забайкальский медицинский вестник*. 2021;1:39-50.
Petrova MM, Shprakh VV, Eremina OV. Preoperative factors aff ecting the development of cognitive impairment in patients with coronary heart disease before coronary bypass surgery. *JeNI Zabajkal'skij medicinskij vestnik*. 2021;1:39-50. (In Russ.). https://doi.org/10.52485/19986173_2021_1_39
9. Захаров В.В., Кабаева А.Р. Недементные когнитивные нарушения: субъективные, легкие и умеренные. *Нервные болезни*. 2017;4:3-9.
Zakharov VV, Kabaeva AR. Non-dement cognitive impairment: subjective, light and mild. *Nervnye bolezni*. 2017;4:3-9. (In Russ.).
10. Пилипович А.А., Воробьева О.В. Умеренные когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2020;120(11):124-130.
Pilipovich AA, Vorobyeva OV. Moderate cognitive disorders: modern aspects of diagnosis and therapy. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2020;120(11):124-130. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/jnevro2020120111124
11. Зимницкая О.В., Можейко Е.Ю., Петрова М.М. Биомаркеры сосудистой когнитивной дисфункции. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(3):2677.
Zimnitskaya OV, Mozheyko EYu, Petrova MM. Biomarkers of vascular cognitive impairments. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2021;20(3):2677. (In Russ.). https://doi.org/10.15829/1728-8800-2021-2677
12. Schenk CD, Gebker R, Berger A, et al. Review of safety reports of cardiac MR-imaging in patients with recently implanted coronary artery stents at various field strengths. *Expert Review of Medical Devices*. 2021;18(1):83-90. https://doi.org/10.1080/17434440.2021.1860017
13. Mittendorff L, Young A, Sim J. A narrative review of current and emerging MRI safety issues: What every MRI technologist (radiographer) needs to know. *Journal of Medical Radiation Sciences*. 2022;69(2):250-260. https://doi.org/10.1002/jmrs.546
14. Rajendran P, Rengarajan T, Thangavel J, et al. The vascular endothelium and human diseases. *International Journal of Biological Sciences*. 2013;9(10):1057-1069. https://doi.org/10.7150/ijbs.7502
15. Wang M, Pan W, Xu Y, et al. Microglia-Mediated Neuroinflammation: A Potential Target for the Treatment of Cardiovascular Diseases. *Journal of Inflammation Research*. 2022;15:3083-3094. https://doi.org/10.2147/JIR.S350109
16. Петрова М.М., Шнайдер Н.А., Петров А.В. и др. MicroRNA-134-5p и ось «сердце—головной мозг». *Сибирское медицинское обозрение*. 2024;(6):14-18.
Petrova MM, Shnayder NA, Petrov AV, et al. MicroRNA-134-5p and the heart-brain axis. *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*. 2024;(6):14-18. (In Russ.).

Поступила 17.01.2026
Received 17.01.2026
Принята к печати 16.03.2026
Accepted 16.03.2026

К статье *Н.Ю. Шимохиной и соавт.* «Клинический случай умеренного когнитивного расстройства у пациентки с острым инфарктом миокарда»

To the article *N.Yu. Shimokhina, et al.* «A clinical case of the moderate cognitive impairment in the patient with acute myocardial infarction»



Рис. 3. **Компьютерная томограмма головного мозга.**
Fig. 3. **Computed tomography of the brain.**

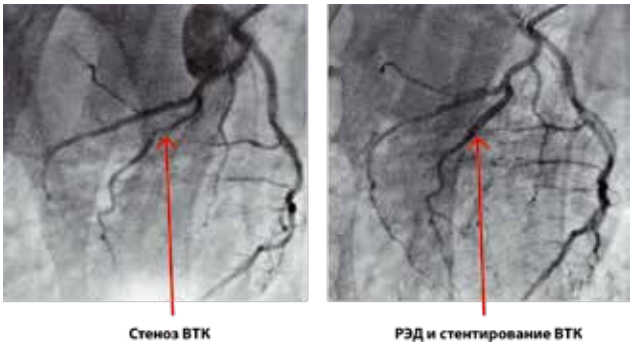
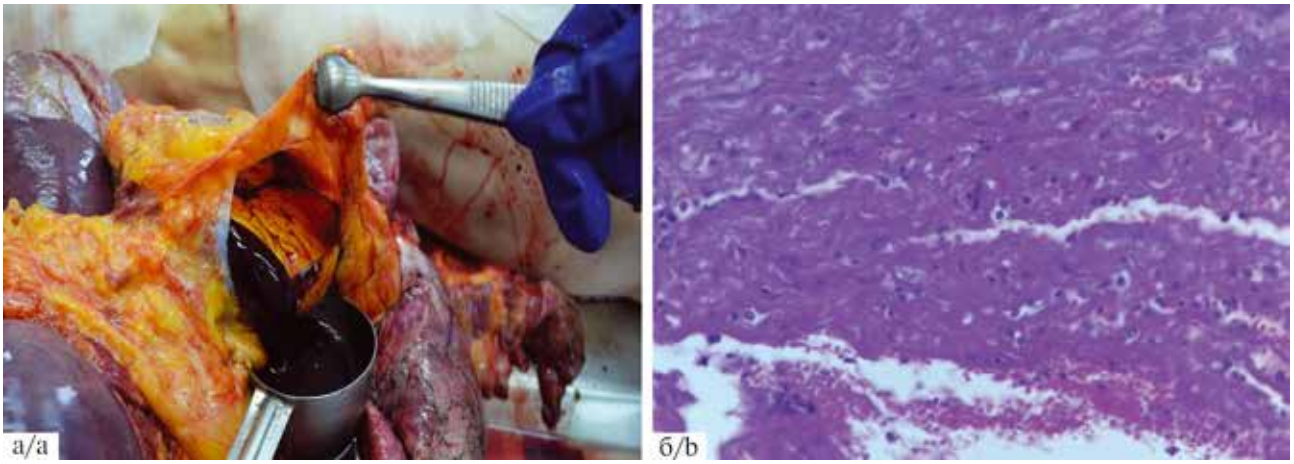


Рис. 4. **Рентгенэндоваскулярная дилатация и стентирование ветви тупого края.**
ВТК — ветвь тупого края; РЭД ВТК — рентгенэндоваскулярная дилатация ветви тупого края.

Fig. 4. **Endovascular balloon dilatation and stenting of the obtuse marginal branch.**
OMB — obtuse marginal branch; EBD OMB — endovascular balloon dilatation of the obtuse marginal branch.

К статье *О.В. Альпидовской* «Тампонада сердца при разрыве аневризмы аорты у пациента с синдромом Вейля—Маркезани»

To the article *O.V. Alpidovskaya* «Cardiac tamponade following ruptured aortic aneurysm in a patient with Weil—Marchesani syndrome»



Клинический случай.
а — макроскопическая картина гемоперикарда; б — микроскопическая картина разрыва интимы и расслоения стенки аорты. Окраска гематоксилином и эозином, ув. 400.

Clinical case.
a — macroscopic image of hemopericardium; b — microscopic image of intimal tear and aortic wall dissection. Hematoxylin and eosin staining, ×400.