

Этот процесс обуславливает развитие при раннем нейросифилисе, в основном, мезенхимных форм поражения нервной системы – сифилитического менингита и менинговаскулита. Воспалительные изменения в ЦСЖ при позднем нейросифилисе были выражены незначи-

тельно (лимфоцитарный плеоцитоз в пределах 12,0 (3,0; 43,0) кл/мкл, белок 0,36 (0,29; 0,62) г/л). Серологические реакции в цереброспинальной жидкости больных поздним нейросифилисом не являются абсолютным диагностическим тестом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нейросифилис. Современные представления о диагностике и лечении: руководство для врачей / А.В. Самцов, И.Н. Теличко, А.М. Иванов и др. / Под ред. А.В. Самцова. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 128 с.
2. Marra C.M. Neurosyphilis // Current Neurology and

Neuroscience Reports. – 2004. – № 4. – P.435-440.

3. Musher D.M. Neurosyphilis: diagnosis and response to treatment // Clin. Infect. Dis. – 2008. – Vol. 47. № 7. – P.900-902.

4. Nagano I., Abe R. Neurosyphilis // Nippon Rinsho. – 2004. – Vol. 62. – P.231-234.

Адрес для переписки: 660012, г. Красноярск, ул. Судостроительная 131-61,

Родилов Михаил Владимирович – доцент кафедры нейрохирургии и неврологии ИПО КрасГМУ, к.м.н.

E-mail: rodikov-m@rambler.ru тел.: 89048951083;

Шпрах Владимир Викторович – заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии ИГИУВ, профессор, д. м. н.

© ГУРЬЕВА П.В., БЫКОВ Ю.Н. – 2009

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С КОГНИТИВНЫМИ И ДВИГАТЕЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

П.В. Гурьева, Ю.Н. Быков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра нервных болезней, зав. – д.м.н., проф. В.И. Окладников)

Резюме. Проведено исследование эффективности метода внешней ритмической стимуляции в восстановлении когнитивных и двигательных функций у больных с хроническими нарушениями мозгового кровообращения. Выявлены наиболее часто встречающиеся факторы риска, установлена взаимосвязь выраженности когнитивных нарушений с возрастом больных. Выделены основные неврологические синдромы и степень их выраженности по шкале Линдмарк. Полученные результаты свидетельствуют о более активном восстановлении когнитивных и двигательных функций у больных с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга в группах, где в качестве дополнительного способа реабилитации использовался метод внешней ритмической стимуляции.

Ключевые слова: нарушения мозгового кровообращения, когнитивные и двигательные функции, реабилитация.

REHABILITATION COMPLEX IN CEREBRAL VASCULAR DISEASES IN PATIENTS WITH MOVEMENTS AND COGNITIVE DISORDERS

P.V. Gurjeva, Y.N. Bykov

(Irkutsk State Medical University)

Summary. Comparative investigation of patients with movements and cognitive disorders has been conducted. Risk factors and correlation between age and degree of cognitive deficits were revealed. Obtained results show the necessity of complex rehabilitation including method of external rhythmic stimulation.

Key words: cerebral vascular diseases, movements and cognitive disorders, rehabilitation.

Среди заболеваний нервной системы, приводящих к стойкой утрате трудоспособности, сосудистые церебральные нарушения занимают первое место [8]. Проявлением и исходом этих заболеваний часто является нарушение познавательной деятельности человека – когнитивные нарушения. Серьезную проблему в реабилитации больных с сосудистой патологией головного мозга составляет сочетание сенсомоторного дефекта и когнитивных нарушений, которое утяжеляет течение заболевания, ухудшает прогноз и качество жизни больного, ограничивает возможности восстановления трудоспособности и дает высокий процент выхода на инвалидность больных острыми и хроническими заболеваниями головного мозга. В связи с этим, одним из самых активных направлений в ангионеврологии является углубленное изучение вопросов, касающихся исследования когнитивной сферы, диагностики и выявления факторов риска развития деменции, существующих методов лечения с целью возможности в последующем разработки эффективных способов реабилитации больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга.

На базе клиники нервных болезней им. Х.-Б.Г. Ходоса за период с 2006 по 2008 годы проведено исследование восстановления когнитивных и двигательных функций при проведении комплексной реабилитации, включающей в качестве дополнительного метода внешнюю ритмическую стимуляцию.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 124 больных с хронической формой сосудистых заболеваний головного мозга (нозологический диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия II-III стадии). Из них 106 (85,48%) женщин и 18 (14,51%) мужчин.

Больные были разделены на две группы, каждая из которых была разделена на две подгруппы: группа 1 (подгруппы 1, 2) – с когнитивными нарушениями (64 больных) и группа 2 (подгруппы 3, 4) – без когнитивных нарушений (60 больных). Больные подгрупп 2 и 4 получали только базовое медикаментозное лечение (ноотропные, вазоактивные препараты, дезагреганты, витаминотерапию, гипотензивные средства), у больных подгрупп 1 и 3, помимо курса сосудистого лечения, в качестве дополнительного способа реабилитации, использовался метод ВРС. Средний возраст больных составил: в первой подгруппе – $70,07 \pm 6,58$ (56-86 лет), во второй – $72,2 \pm 7,03$ (54-85 лет), в третьей – $63,8 \pm 7,74$ (47-79), в четвертой подгруппе – $64,03 \pm 7,70$ (47-77 лет).

Всем больным проводили стандартизированный неврологический осмотр, нейропсихологическое, нейровизуализационное обследование, клинические анализы, биохимический анализ крови, исследование липидограммы, осмотр глазного дна, ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ, РЭГ

(результаты дополнительного обследования свидетельствовали о наличии сосудистого поражения головного мозга). Двигательные нарушения дополнительно оценивались по шкале Линдмарк, когнитивные функции изучались с помощью тестов: краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), теста рисования часов, батареи лобной дисфункции (БЛД), теста запоминания 10 слов, таблицы Шульте, качество жизни больных оценивалось с помощью опросника SF-36.

Метод внешней ритмической стимуляции (ВРС), основанный на принципе биологической обратной связи, предъявлялся больным в виде внешних световых, звуковых, свето-звуковых стимулов индивидуальной частоты [9].

В обработке информации использовались статистические методы: описательная статистика, t-критерий Стьюдента, критерий Уитни-Манна.

Результаты и обсуждение

При поступлении больные предъявляли разнообразные жалобы, характерные для сосудистых заболеваний головного мозга [1,3,5,6,9,10,11,12,13,14,17]. Среди общих были высказаны жалобы на снижение памяти, быструю утомляемость при умственной работе, невозможность быстрого переключения внимания с одного вида деятельности на другой, сложности в запоминании новой информации, невнимательность и несобранность, замедленность мышления и выполнения работы.

Жалуясь на снижение памяти, больные сообщали о нарушении памяти на текущие события – забывчивость (сложно вспомнить нужное слово, имя знакомого человека, местонахождение ранее разложенных предметов): в первой группе – 60 (93,75%) больных, во второй – 51 (85%). А также отмечали снижение памяти на события из прошлого (забывали произошедшие события, людей, путали время, в которое эти события происходили): в первой группе – 16 (25%) больных, во второй – 3 (5%). Давность снижения памяти в среднем составила: в первой группе – 5,84 года, во второй – 3,16.

В ходе разговора и осмотра больного, а также по мере изучения результатов обследования, были выявлены факторы риска, способные вызвать сосудистое заболевание головного мозга и связанное с ним когнитивное снижение [2,4,6,7,13,15,18]. В группе с когнитивными нарушениями: возраст старше 60 лет был у 59 больных; мужской пол – у 9; наличие артериальной гипертензии – у 61; курение – у 4; гиперлипидемия – у 40; ожирение – у 16; заболевание периферических сосудов – у 4; нарушения в работе сердца по данным ЭКГ – у 63; наличие сосудистых заболеваний (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца) у ближайших родственников и родителей – у 37 больных. В группе без когнитивных нарушений: возраст старше 60 лет был у 39 больных; мужской пол – у 9; наличие артериальной гипертензии – у 57; курение – у 3; гиперлипидемия – у 36; ожирение – у 12; заболевание периферических сосудов – у 2; нарушения в работе сердца по данным ЭКГ – у 57; наличие сосудистых заболеваний у ближайших родственников и родителей – у 46 больных.

На основании жалоб, анамнеза и неврологического осмотра были сформированы основные клинические синдромы: пирамидный, вестибуло-координаторный, экстрапирамидный, псевдобульбарный, тазовых нарушений, когнитивных нарушений. Наибольшую выраженность у больных с хронической диффузной сосудистой патологией головного мозга имели проявления вестибуло-координаторного синдрома: среди больных с когнитивными нарушениями встретились у 60 (93,75%) больных, во второй группе, среди больных без когнитивных нарушений – у 56 (93,33%). С небольшой разницей между группами выявились проявления пирамидного синдрома: в группе больных с когнитивными нарушениями симптомы выявлялись в 44 (68,75%) случаях, в группе сравнения (без когнитивных нарушений) – в 36 (60%). Встречаемость проявлений экстрапирамидного

синдрома превалировала в группе больных с когнитивными нарушениями – 17 (26,56%) случаев; в группе без когнитивных нарушений – 5 (8,53%). Примерно одинаковое количество больных в обеих группах во время осмотра показали проявления псевдобульбарного синдрома – 38 (59,37%) больных в основной группе и 32 (53,33%) больных в группе сравнения; тазовых нарушений – у 23 (35,93%) больных из первой группы и у 17 (28,33%) из второй группы. Синдром когнитивных нарушений наблюдался только у больных основной первой группы – в 64 (100%) случаев.

Особое внимание в ходе исследования было уделено рассмотрению динамики двигательных функций. По конечному показателю шкалы Линдмарк была выявлена положительная динамика во всех подгруппах. Максимально возможного количества баллов по шкале (446 баллов) не набрали ни в одной из групп. Степень восстановления двигательного дефицита в группах, где в качестве дополнительного способа реабилитации применялся метод ВРС, была выше, чем в группах, где проводилось только лекарственное лечение. Значительную положительную динамику в четвертой подгруппе больных предположительно можно объяснить более сохраненными когнитивными функциями, что могло положительно повлиять и ускорить возможности восстановления. Результаты повторного исследования по шкале Линдмарк во всех четырех подгруппах соответствовали уровню легких двигательных нарушений.

Статистически значимое улучшение показателя шкалы Линдмарк произошло в первой и четвертой подгруппах: с 405,97 балла до 432,55 балла и с 418,57 балла до 436,70 балла соответственно ($p < 0,001$); увеличился показатель также физического состояния в третьей подгруппе больных с 425,20 балла до 437,50 балла ($p < 0,01$); незначимое изменение физических функций было во второй подгруппе с 388,36 балла до 407,27 балла ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1
Динамика состояния двигательных функций по шкале Линдмарк

Подгруппа	Показатель шкалы Линдмарк (М±m)	
	до лечения	после
1	405,97±37,04	432,55±15,17***
2	388,36±43,01	407,27±41,44
3	425,20±17,67	437,50±17,01**
4	418,57±23,75	436,70±13,18***

Примечание: *** - уровень значимости $p < 0,001$; ** - уровень значимости $p < 0,01$; * - уровень значимости $p < 0,05$.

При исследовании состояния когнитивных функций наибольшая положительная динамика проявилась в первой подгруппе больных – с когнитивными нарушениями и применением в качестве лечения метод ВРС (табл. 2). Улучшился результат по тесту MMSE – стал соответствовать уровню верхней границы умеренных когнитивных нарушений (на границе с результатом, соответствующим легким когнитивным нарушениям или отсутствию когнитивных нарушений) – 26,74±2,53 балла ($p < 0,001$); по тесту запоминания 10 слов – в среднем по группе 6,0±1,24 слов ($p < 0,001$); улучшился результат по тесту батареи лобной дисфункции – 15,32±2,81 балла; результат тестирования приблизился к границе соответствующей состоянию легких когнитивных нарушений ($p < 0,001$); увеличился результат тестирования по таблице Шульте – затратили на отыскивание всех чисел 50,39±20,46 с ($p < 0,001$).

Во второй подгруппе больных (с когнитивными нарушениями, пролеченных только медикаментозными средствами) динамика в лучшую сторону проявилась только по двум тестам: значимо ($p < 0,001$) улучшился результат по тесту MMSE – 25,97±4,57, что соответствует верхней границе умеренных когнитивных нарушений; при уровне значимости $p < 0,01$ увеличился результат по батарее лобной дисфункции – 13,39±4,08 балла – относительно предлагаемой градации результатов теста, результат остался в состоянии умеренных когнитивных

Таблица 2

Динамика состояния когнитивных функций во всех подгруппах до и после лечения

Тесты	Подгруппы больных							
	1		2		3		4	
	до	после	до	после	до	после	до	после
MMSE	24,68	26,74***	24,2	25,97***	28,83	29,17	29	29,2
тест рисования часов	6,84	8,10***	7,12	7,36	9,43	9,7	9,43	9,3
тест запоминания 10 слов	4,68	6,0***	4,48	4,85	5,9	6,90***	5,47	6,13**
тест Шульте	60,9	50,39***	73,36	73,09	40,33	35,37**	35,13	35,7
батарея лобной дисфункции	13,32	15,32***	11,94	13,39**	16,3	17,40***	15,93	16,73**

Примечание: *** - $p < 0,001$; ** - $p < 0,01$.

нарушений.

В группе сравнения (без когнитивных нарушений, с применением в лечении метод ВРС) значимо ($p < 0,001$) улучшился результат быстрого запоминания – $6,90 \pm 1,30$ слов ($p < 0,001$); увеличился результат БЛД – $17,40 \pm 1,04$ балла ($p < 0,001$) – по градуировке результатов теста стал соответствовать состоянию нормы; улучшился результат нахождения цифр по таблице Шульте – $35,37 \pm 7,56$ с ($p < 0,01$).

В четвертой подгруппе больных (без когнитивных нарушений и без применения дополнительного способа реабилитации) положительно изменился результат по тесту запоминания 10 слов – $6,13 \pm 1,41$ слов ($p < 0,01$), больные продемонстрировали положительную динамику по тесту БЛД – $16,73 \pm 1,93$ балла ($p < 0,01$) – результат остался соответствовать состоянию легких когнитивных нарушений.

По завершении нейропсихологического тестирования больные разных возрастных групп распределились по разным степеням выраженности когнитивного дефицита следующим образом: в возрастной категории 40-49 лет встретились только лица без когнитивных нарушений – 3 (5% из 60 больных и 2,41% из 124) больных; наиболее представленной возрастной категорией с когнитивными нарушениями явилась группа больных в возрасте 70-79 лет; больные без когнитивных нарушений в большей мере представили возрастную группу 60-69 лет; возрастную категорию 80-89 лет представили только больные с когнитивными нарушениями – 4 с преддементными нарушениями (6,25% из 64 и 3,22% из 124) больных, по 2 больных с деменцией легкой и умеренной степени выраженности (по 3,12% из 64 и по 1,61% из 124 больных).

Для количественной оценки качества жизни больных использовали в исследовании шкалу SF-36. Работа с составляющими шкалы, в конечном счете, дает возможность оценить психический (МН) и физический (РН) компоненты здоровья. Важным положительным объективным моментом в работе со шкалой является принцип самооценки, когда исследуемый сам по своим ощущениям дает оценку состоянию, качеству жизни. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 баллов представляет полное здоровье.

Сравнение полученных результатов между подгруппами проводили с помощью t-критерия Стьюдента и критерия Манна-Уитни. Динамика показателей средних значений в группе больных с когнитивными нарушениями достоверных изменений до и после лечения не продемонстрировала. В группе больных без когнитивных нарушений положительные изменения при $p < 0,02$ были получены по показателям общего состояния здоровья (GH) и жизненной активности (VT). Стоит отметить, что самооценка состояния среди больных без когнитивных нарушений была изначально более высокой. Проявившаяся положительная динамика в состоянии больных основной группы (с когнитивными нарушениями) после курса лечения уступала таковой у больных группы сравнения (без когнитивных нарушений).

Заключительные данные, характеризующие состояние физического и психического здоровья по шкале SF-36, в разных подгруппах показали неоднозначные результаты. У больных в группе с когнитивными нару-

шениями и применением в качестве дополнительного способа лечения метод ВРС, в оценке своего состояния наметилась положительная тенденция в сторону улучшения качества жизни: и по показателю физического благополучия с 34,90 балла до 35,70 балла и по показателю эмоционального благополучия с 37,56 балла до 39,29 балла. В группе больных с когнитивными нарушениями, получавшими курс только медикаментозной терапии, на фоне улучшения самооценки по показателю психического состояния с 37,33 балла до 39,22 балла показатель оценки физического состояния снизился с 33,75 балла до 31,81 балла. Примерно такую же картину показали больные третьей подгруппы – без когнитивных нарушений, где в качестве дополнительного способа реабилитации использовался метод ВРС: на фоне улучшения эмоционального состояния по шкале с 38,81 балла до 39,99 балла снизился показатель физического функционирования с 38,64 балла до 37,92 балла. В подгруппе больных без когнитивных нарушений, получавших только лекарственное лечение, улучшилась самооценка по физическому состоянию с 39,41 балла до 40,47 балла, по психическому показателю – с 39,65 балла до 43,07 балла.

Таким образом, у больных с хроническим нарушением мозгового кровообращения необходима ранняя диагностика когнитивного и двигательного дефицита. Целесообразно использовать в качестве диагностических тестов состояния когнитивных функций тесты: MMSE, рисования часов, запоминания 10 слов, таблиц Шульте, БЛД, для диагностики состояния двигательных функций удобно использовать шкалу Линдмарк, для оценки качества жизни – опросник SF-36. Жалобы и беспокойство больных с хроническим течением сосудистых заболеваний головного мозга по поводу снижения памяти, внимания, работоспособности появляются до проявления объективных признаков нарушения когнитивных функций. Когнитивный дефицит появляется и усугубляется с увеличением возраста больных. Среди факторов риска чаще других встречаются артериальная гипертензия, атеросклероз, их сочетание, заболевания сердца, наследственный фактор. Среди двигательных нарушений наибольшую выраженность имеют проявления вестибуло-координаторного и пирамидного синдромов.

У обследованных больных по шкале Линдмарк степень нарушений во всех подгруппах соответствовала уровню легкого двигательного дефицита. Качество жизни в большей степени страдает у больных с когнитивными нарушениями. Обращает на себя внимание тенденция к улучшению качества жизни по показателям физического и психического здоровья в группе больных с когнитивными нарушениями, где в лечении использовался метод ВРС. Восстановление когнитивных и двигательных функций происходило более интенсивно в подгруппах больных, где применялся в лечении метод ВРС, в большей степени в группе больных с когнитивными нарушениями. Результаты проведенной работы дают возможность рекомендовать использовать метод внешней ритмической стимуляции в комплексной терапии больных с хроническим течением сосудистых заболеваний головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дамулин И.В. Деменция // Российский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. № 10. – С.433-439.
2. Дамулин И.В. Диагностика и лечение деменций // Российский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12. № 7. – С.465-467.
3. Дамулин И.В. Сосудистые легкие когнитивные нарушения // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7. № 5. – С.45.
4. Еремина О.В. Когнитивные нарушения у больных артериальной гипертензией (частота, диагностика, лечение): Автореф. дисс. ...к.м.н. – Иркутск, 2007. – 21 с.
5. Захаров В.В. Нарушения памяти // Российский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. № 10. – С.402-407.
6. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение // Российский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12. № 10. – С.573-576.
7. Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. Реабилитация после инсульта // Российский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11. № 12-13. – С.543-546.
8. Лагода О.В. Лечение нарушений памяти у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга // Российский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12. № 22. – С.1259-1262.
9. Руднев В.А. Функциональный анализ и принцип референтной биоадаптации в реабилитации двигательных нарушений // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1994. – № 6. – С.24-27.
10. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Нарушения памяти в неврологической практике // Неврологический журнал. – 1997. – Т. 4. – С.4-9.
11. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локишина А.Б. Синдром умеренных когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. – № 2. – С.13-17.
12. Яхно Н.Н., Локишина А.Б., Захаров В.В. Лечение и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // Клиническая геронтология. – 2005. – № 11. – С.38-39.
13. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локишина А.Б. Нарушения памяти и внимания в пожилом возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – № 2. – С.58-62.
14. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства // Неврологический вестник. – 2007. – Т. 39. Вып. 1. – С.134-138.
15. Solfrizzi V., Panza F., Colacicco A.M., et al. Vascular risk factors, incidence of MCI, and rates of progression to dementia // Neurology. – 2004. – Vol. 63. – P.1882-1891.
16. Starr J.M., Whalley L.J., Inch S., Shering P.A. Blood pressure and cognitive functions in healthy old people // Journal of American Geriatrics Society. – 1993. – Vol. 41. – P.153-156.
17. Suzuki V., Uchida A., Kanamori M., Ooshiro H. Development of the Dementia Quality of life Instrument-Japanese version // Mie Prefectural College of Nursing. – 2005. – Vol. 42. № 4. – P.423-431.
18. Verghese J., LeValley A., Derby C., et al. Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly // Neurology. – 2006. – Vol. 66. – P.821-827.

Адрес для переписки: 664025, г. Иркутск, ул. 5-Армии, д. 35, кв. 1, Гурьева Полина Владимировна;
Email: guryevaP@mail.ru, Быков Юрий Николаевич - профессор кафедры неврологии

© ФАЙЗУЛИН Е.Р., БЫКОВ Ю.Н. – 2009

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Е.Р. Файзулин, Ю.Н. Быков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра неврологии, зав. – д.м.н., проф. В.И. Окладников)

Резюме. В работе представлены результаты исследования эффективности реабилитационного лечения больных с последствиями церебрального ишемического инсульта в амбулаторно-поликлинических условиях. В исследование вошли 110 больных с последствиями церебрального ишемического инсульта. Выявлено, что комплексное лечение на поликлиническом этапе с использованием метода внешней ритмической стимуляции превосходит показатели реабилитации без использования метода внешней ритмической стимуляции. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комплексных программ реабилитации с использованием метода внешней ритмической стимуляции на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации.

Ключевые слова: ишемический инсульт, реабилитация, внешняя ритмическая стимуляция.

REHABILITATION IN PATIENTS WITH CEREBRAL ISCHEMIC STROKE IN OUT-PATIENT DEPARTMENT

E.R. Fajzulin, Y.N. Bykov

(Irkutsk State Medical University)

Summary. In work results of efficiency of various approaches of rehabilitation treatment in out-patient-polyclinic conditions of patients with consequences of a cerebral ischemic stroke are presented. 110 patients have entered into research with consequences an ischemic stroke. It is revealed that complex treatment at a polyclinic stage with use of a method of external rhythmic stimulation surpasses indicators of rehabilitation without use of a method of external rhythmic stimulation. The obtained data testifies to high efficiency complex rehabilitations with use of a method of external rhythmic stimulation at an out-patient-polyclinic stage of rehabilitation.

Key words: an ischemic stroke, rehabilitation, external rhythmic stimulation.

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины является стремительный рост заболеваемости мозговым инсультом. Каждый год в мире это заболевание поражает более 50 миллионов человек. Наибольшая частота инсультов отмечена в Китае, в Восточной Европе и в России. По смертности от инсульта Россия значительно опережает страны Западной Европы и Северной Америки.

Эффективная реабилитация больных с последствиями инсульта является наиболее актуальной задачей в неврологии. Это определено недостаточной эффективностью реабилитационного лечения, что приводит к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений, и как следствие, к инвалидизации человека. В России уровень инвалидизации через год после перенесенного инсульта колеблется от 76 до