

Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций

Н.В.Шахпаронова, А.С.Кадыков, Е.М.Кашина
Научный центр неврологии РАМН, Москва

Цереброваскулярные заболевания, в частности инсульт, занимают первое место среди причин инвалидности. Правильная реабилитация пациентов после перенесенного инсульта подразумевает коррекцию моторных и когнитивных нарушений, а также социальную адаптацию. В статье обсуждаются основные принципы реабилитации после инсульта, особенности реабилитации пациентов с двигательными, речевыми, когнитивными нарушениями. Обсуждаются вопросы использования препаратов, облегчающих процесс реабилитации.

Ключевые слова: инсульт, реабилитация, когнитивные нарушения, двигательные нарушения, речевая функция.

Post-stroke rehabilitation. Restoration of motor function, speech, cognition

N.V.Shakhparonova, A.S.Kadykov, E.M.Kashina
RAMS Neurology Science Center, Moscow

Cerebrovascular diseases, stroke over all, are the most common cause of disability. Proper post-stroke rehabilitation includes both motor and cognitive restoration and patients' social adjustment as well. The article describes the basic principles of rehabilitation after stroke, especially the restoration of motor function, speech, and cognition. Drugs to promote restoration process have been listed.

Keywords: stroke, rehabilitation, cognitive impairment, motor disorders, speech.

Цереброваскулярные заболевания занимают первое место среди причин инвалидности. Доля их постоянно увеличивается, что вызвано постепенным ростом сосудистых заболеваний головного мозга, увеличением доли лиц пожилого возраста в структуре населения. Стремление остановить рост инвалидизации населения вызывает интерес к реабилитации.

Реабилитация – комплекс мероприятий (медицинских, педагогических, психологических, социально-правовых и других), направленных на восста-

новление нарушенных в результате болезни и повреждения функций и социальную реадaptацию больного.

У больных с последствиями инсульта или других заболеваний и травм можно выделить три основных вида нарушений [13]:

1. Повреждение, дефект (impairment). Среди повреждений, наступающих после инсульта, можно выделить двигательные (парезы, атаксия), когнитивные, речевые, эмоционально-волевые, зрительные, чувствительные, бульбарные и псевдобульбарные (дисфония, дисфагия, дизартрия), тазовые, сексуальные и иные нарушения, а также осложнения в виде эпилептиформных приступов, падений, таламических болей, инфекций мочевых путей, тромбозомболических эпизодов, постинсультных артропатий. Цель реабилитации – полное или частичное восстановление нарушенных функций, профилактика, лечение и сведение к минимуму возникших осложнений.
 2. Нарушение способности (disability). Нарушение способностей выражается в нарушении ходьбы, самообслуживания, определяемого как активность в повседневной жизни или нарушении более сложных бытовых навыков. Самообслуживание включает способность самостоятельно одеваться, принимать пищу, соблюдать личную гигиену, пользоваться ванной и туалетом, контролировать сфинктеры, осуществлять самостоятельные передвижения (с опорой на палку, без палки, на коляске) в пределах помещения и на улице, самостоятельно садиться и вставать. Возможность выполнять сложные бытовые навыки может заключаться в помощи по приготовлению пищи и уборке помещения, посещении магазинов, работе на дачном участке, вождении автомобиля и т.д. Цель реабилитации – обучение ходьбе, навыкам самообслуживания.
 3. Нарушение социального функционирования (handicap). Нарушение социального функционирования выражается в ограничении осуществления той социальной роли, которая до болезни была нормой для больного (в соответствии с его возрастом, полом, образованием, социальным положением, профессией, культурным уровнем) и включает ограничение социальной роли в семье и обществе, ограничение социальных контактов, ограничение или невозможность трудиться. Цель реабилитации – восстановление (полное или частичное) социальной роли (что выходит за рамки непосредственно медицинской реабилитации) в семье и обществе, социальных контактов, возможности посещать концерты, театры, выставки, различные общественные и религиозные мероприятия, восстановление старых и освоение новых увлечений (хобби), восстановление трудоспособности.
- Различают 3 уровня восстановления:
- истинное восстановление – когда нарушенные функции возвращаются к исходному состоянию. Это возможно лишь тогда, когда нет полной гибели нервных клеток, а патологический очаг состоит из инактивированных элементов (вследствие отека, гипоксии, изменения проводимости нервных импульсов);
 - компенсация – функциональная перестройка, вовлечение в функциональную систему новых структур;

Сведения об авторе:

Шахпаронова Наталья Владимировна – к.м.н., Научный центр неврологии РАМН, Москва

- реадaptация – использование различных приспособлений в виде тростей, ходилок, протезов.

В основе реабилитации лежит нейропластичность – свойство мозга изменять свою функциональную и структурную реорганизацию, способность различных его структур вовлекаться в разные формы деятельности. В основе реорганизации лежат такие факторы как:

- мультифункциональность нейрона и нейронального пула [1];
- иерархичность структур мозга и спраутинг (про-растание и дальнейшее анастомозирование нервных волокон) [9].

Большое значение для понимания возможности восстановления функций после инсульта имеет разрабатываемая последние 25 лет концепция «ишемической полутени» (пенумбры). Ишемическая полутень – пограничная зона, окружающая очаг поражения, в которой нейроны и другие нервные элементы находятся в функционально заторможенном, но анатомически сохранном состоянии, и которые являются потенциальным источником восстановления нарушенных функций. Функция нейронов в зоне ишемической полутени может быть восстановлена путем включения коллатерального кровотока или с помощью реперфузии [11].

Основными принципами реабилитации являются [6, 4]:

- *Раннее начало реабилитационных мероприятий.* Ранняя реабилитация препятствует развитию осложнений острого периода инсульта, обусловленных гипокинезией и гиподинамией (тромбофлебиты нижних конечностей, застойные пневмо-

нии и т.д.), развитию и прогрессированию вторичных патологических состояний (спастические контрактуры, патологические двигательные стереотипы), развитию социальной и психической дезадаптации, астено-депрессивных состояний.

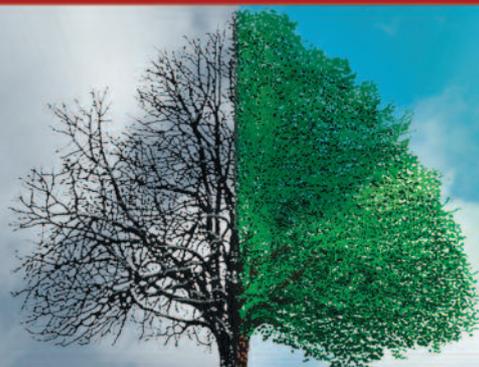
- *Систематичность и длительность*, что возможно при хорошо организованном поэтапном построении реабилитации. Первый этап реабилитации начинается в ангионеврологическом отделении, куда больного доставляет машина скорой помощи. Второй этап реабилитации – реабилитация в специализированном реабилитационном стационаре, куда больного переводят после острого периода инсульта. Второй этап может иметь разные варианты в зависимости от степени тяжести больного и имеющегося неврологического дефицита. Первый вариант – больного с хорошим восстановлением нарушенных функций выписывают на долечивание в поликлинику по месту жительства или в реабилитационный центр. Второй вариант – больного с выраженным неврологическим дефицитом переводят в реабилитационное отделение той же больницы, куда поступил больной. Третий вариант – больного с умеренным неврологическим дефицитом переводят в реабилитационный центр. Третий этап реабилитации – амбулаторная реабилитация (либо в условиях реабилитационного отделения поликлиники, либо в условиях реабилитации на дому – для тяжелых, плохо передвигающихся больных).
- *Комплексность и мультидисциплинарность.* Включение в реабилитационный процесс специалистов различных специальностей (мультидисциплинар-



Nycomed: a Takeda Company

АКТОВЕГИН®

ЭНЕРГИЯ ЖИЗНИ



Антигипоксанта и антиоксиданта, применяющийся в комплексной терапии неврологических, метаболических и хирургических заболеваний, а также их осложнений

- **Метаболические и сосудистые заболевания головного мозга (инсульт, черепно-мозговая травма, различные формы недостаточности мозгового кровообращения, деменция).**
- **Диабетическая полиневропатия.**
- **Периферические сосудистые, метаболические нарушения и их последствия.**
- **Заживление ран (трофические нарушения кожи, язвы, синдром диабетической стопы, пролежни, обморожения).**

Сочетается с применением наружных форм Актовегина: 20% гель, 5% крем, 5% мазь.

Краткая информация по медицинскому применению препарата Актовегин:

Регистрационные номера: ПН 14635/01 от 26.02.08; ПН 014635/01 от 19.11.10; ПН 014635/04 от 19.12.07; ПН 014635/04 от 26.11.10; ПН 14635/03 от 19.12.07; ПН 14635/03 от 11.01.10; ПН 14635/03 от 18.10.10; ПН 014635/02 от 14.03.08. Торговое название – Актовегин. Активное вещество: депротенинизированный гемодериват крови теллят.

Формы выпуска: раствор для инъекций — 40 мг/мл, ампулы по 2 мл, 5 мл, 10 мл; раствор для инфузий — 4 мг/мл и 8 мг/мл в растворе натрия хлорида 0,9% 250 мл; 4 мг/мл в растворе декстрозы 250 мл. **Показания:** метаболические и сосудистые нарушения головного мозга (в том числе ишемический инсульт, черепно-мозговая травма, различные формы недостаточности мозгового кровообращения, деменция); периферические (артериальные и венозные) сосудистые нарушения и их последствия (артериальная ангиопатия, трофические язвы); заживление ран (язвы различной этиологии, трофические нарушения, пролежни, ожоги, нарушения процессов заживления ран); профилактика и лечение лучевых поражений кожи и слизистых оболочек при лучевой терапии. **Противопоказания:** гиперчувствительность к препарату Актовегин или аналогичным препаратам, декомпенсированная сердечная недостаточность, отёк лёгких, олигурия, задержка жидкости в организме. С осторожностью: гиперхлоремия, гипернатриемия. Побочное действие: аллергические реакции (кожная сыпь, гиперемия кожи, гипертермия) вплоть до анафилактического шока. В связи с возможностью возникновения анафилактической реакции рекомендуется проводить тест — 2 мл до начала инъекции, инфузии. **Способ применения и дозы:** до 5 мл возможно внутримышечное введение, от 200 до 2000 мг (250–500 мл) вводят внутривенно капельно медленно (2 мл/мин). В таблетках — по 1–2 таблетки 3 раза в сутки перед едой. Дозы зависят от степени тяжести и выраженности симптомов каждого конкретного заболевания. Продолжительность лечения зависит от индивидуального назначения. Полная информация по препарату содержится в инструкции по медицинскому применению.

Информация для специалистов здравоохранения.
ООО «Никомед Дистрибьюшн Сентэ»: 119048, г. Москва, ул. Усачева, дом 2, стр. 1.
Телефон: +7 (495) 933 55 11,
Факс: +7 (495) 502 16 25

www.actovegin.ru
www.nycomed.ru

ная бригада): неврологов, терапевтов (кардиологов), при необходимости урологов, специалистов по кинезотерапии (ЛФК), афазиологов (логопедов-афазиологов или нейропсихологов), массажистов, физиотерапевтов, иглотерапевтов, трудотерапевтов, психологов, социальных работников, специалистов по биологической обратной связи и др.

- **Адекватность реабилитационных мероприятий** – предполагает составление индивидуальных реабилитационных программ с учетом степени выраженности неврологического дефицита, этапа реабилитации, состояния соматической сферы, состояния эмоционально-волевой сферы и когнитивных функций, возраста больного.
- **Активное участие в реабилитации самого больного, его близких и родных.** Необходимо, чтобы специалисты по кинезотерапии, бытовой реабилитации, логопеды-афазиологы объясняли ухаживающим за больным родственникам или сиделкам цели и методики занятия, разъясняли необходимость дополнительных занятий во второй половине дня. Также велика роль семьи в обучении навыкам самообслуживания, создании условий для различных занятий.

Основными неврологическими симптомами инсульта, при которых требуется реабилитация, являются:

- двигательные нарушения и нарушения ходьбы;
- речевые нарушения;
- нарушения когнитивных функций.

Реабилитация больных с двигательными нарушениями

По данным Регистра НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода гемипарезы наблюдаются у 81,2% больных (гемиплегия – у 11,2%, грубый парез – у 11,1%, легкий парез – у 58,9%) [5].

В остром периоде инсульта основными задачами реабилитации являются:

- ранняя активизация больных;
- предупреждение развития патологических состояний и осложнений, связанных с гипокинезией;
- восстановление активных движений.

Если у больного отсутствуют общие противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий (ИБС с частыми приступами стенокардии, высокая плохо корригируемая артериальная гипертензия, острые воспалительные заболевания, психозы и выраженные когнитивные нарушения), то ему с первых часов и дней начинают проводить реабилитационные мероприятия, такие как лечение положением (антиспастические уклады конечностей), пассивные упражнения и избирательный массаж. Многоцентровое исследование AVERT с применением методов доказательной медицины [10] показало, что применение очень ранней реабилитации (в первые 14 дней с момента инсульта) уменьшает уровень инвалидизации, снижает смертность, уменьшает зависимость от окружающих, уменьшает частоту и выраженность осложнений и побочных явлений, улучшает качество жизни больных к концу первого года с момента инсульта.

Показанием к активизации больных и переводу их в вертикальное положение служит стабилизация гемодинамических показателей, для определения которых желательно использование мониторинга ЭКГ и АД. При средних и малых инфарктах и небольших ограниченных гематомах (без прорыва крови в желудочки) активизацию больных можно начинать на 5-е сутки заболевания. При этом широко применяются вертикализаторы, например, вер-

тикализатор типа «ЭРИГО» (под контролем пульса и артериального давления).

Параллельно с активизацией больного и переводом его в вертикальное положение применяют активную лечебную гимнастику для восстановления движений в парализованных конечностях, электростимуляцию нервно-мышечного аппарата. Наряду с восстановлением движений в задачи лечебной гимнастики входит обучение ходьбе и элементам самообслуживания. В последние годы появились компьютеризированные роботы-ортезы (ЛОКОМАТ), которые вначале обеспечивают пассивные движения в нижних конечностях, имитируя шаг. По мере восстановления движений доля активного участия больного в локомоции увеличивается.

По окончании острого периода инсульта (через 21 день) наступает ранний восстановительный период (первые 6 мес с момента инсульта), основными задачами которого являются: дальнейшее развитие активных движений, преодоление синкинезий, снижение спастичности, совершенствование ходьбы, тренировка устойчивости вертикальной позы.

В этом периоде продолжают использовать кинезотерапию, направленную на активизацию движений в паретичных конечностях. Широко применяется метод биоуправления по электромиограмме. Для подавления синкинезий, помимо их сознательного подавления, широко используется ортопедическая фиксация и специальные противосодружественные пассивные и пассивно-активные движения [2]. Для совершенствования функции ходьбы больного учат ходить сначала вдоль шведской стенки, затем с четырехножной опорой, обычной палкой, затем без опоры (если это возможно). Для улучшения устойчивости вертикальной позы применяют различные виды баланс-терапии.

Основным средством борьбы со спастичностью является прием миорелаксантов. Наиболее распространенными являются тизанидин, баклофен, толперизон. Применяются также физиотерапевтические методы (озокеритовые и парафиновые аппликации, криотерапия, вихревые ванны для рук). При резко выраженной локальной спастичности применяются инъекции ботулотоксина типа А.

Обучение самообслуживанию идет параллельно, начиная с острого периода инсульта, когда становятся возможными активные движения. Обучение начинается с освоения самостоятельного вставания с постели, умывания, приема пищи, одевания, обувания, пользования туалетом. Постепенно сфера этих действий расширяется: больной обучается складывать вещи, убирать постель, пользоваться холодильником, лифтом, одеваться и выходить на улицу и т.д.

Реабилитация проводится на фоне адекватной медикаментозной терапии, включающей:

1. Этиологическую терапию – гипотензивные, дезагреганты/антикоагулянты с целью профилактики повторных инсультов.
2. Патогенетическую терапию, включающую метаболические и нейропротекторные средства (церебролизин, ноотропы, холина альфосцерат, актовегин, цитиколин); антиоксиданты (мексидол, цитофлавин); вазоактивные препараты (пентоксифиллин, кавинтон).

Реабилитация больных с речевыми нарушениями

По данным Регистра НИИ неврологии РАМН, к концу острого периода инсульта афазия наблюдается у 35,9% больных, дизартрия у 13,4% больных [5].

Основным методом коррекции речевых нарушений являются занятия по восстановлению речи, чтения и письма, которые проводят логопеды-афазиологи или нейропсихологи. Речевая реабилитация более длительна и продолжается до 2–3 лет. Методы восстановительного обучения зависят от этапа реабилитации. На раннем этапе применяют специальные «растормаживающие» и стимуляционные методики восстановительного обучения [7].

Восстановление понимания речи – понимание отдельных слов и восстановление способности понимать ситуативную речь, на следующем этапе – понимание внеситуационных фраз. Параллельно больной учится понимать письменную речь. Стимулирование понимания речи происходит не только на занятиях, но и при обычном бытовом контакте.

Восстановление собственной речи – обучение называния отдельных предметов и действий с опорой на картинки, повторение за логопедом отдельных звуков и слов, составление предложений и фраз. Следующий этап восстановления – диалог. На конечном этапе – обучение монологу (составление рассказов, пересказ прочитанного).

В острой стадии заболевания в связи с повышенной истощаемостью показаны короткие занятия (по 15–20 мин). В дальнейшем продолжительность занятий увеличивается до 30–45 мин.

Речевая реабилитация проводится на фоне медикаментозной терапии, оказывающей активирующее влияние на интегративные функции мозга. К ним относят ноотропы (пирацетам), церебролизин, глиатилин.

Реабилитация больных с дизартрией

При нарушении артикуляции, связанной с дизартрией, проводится целый набор мероприятий, включающих:

- гимнастику мышц зева и глотки;
- гимнастику и массаж артикуляционных мышц;
- электростимуляцию мышц гортани и глотки (с применением аппарата ВОКАСТИМ);
- упражнения по проговариванию отдельных звуков, слов, фраз, скороговорок.

Реабилитация больных с когнитивными нарушениями после инсульта

Когнитивные нарушения часто возникают после инсульта и проявляются нарушением памяти, внимания, гнозиса, праксиса, снижением интеллекта. Внимание этому аспекту нарушений мозгового кровообращения уделяется мало, при том что когнитивные нарушения во многом определяют исход реабилитационных мероприятий и качество жизни пациента после инсульта. Нарушения памяти, развивающиеся после острых нарушений мозгового кровообращения, по данным разных авторов, наблюдаются у 23–70% больных в первые 3 мес после инсульта. К концу первого года количество больных с нарушением памяти уменьшается до 11–31%. Так, по данным И.В.Дамулина [3], частота когнитивных нарушений у больных, перенесших инсульт, достигала 68%. Частота деменций у больных после инсульта составляет 26%, причем, с возрастом она имеет тенденцию к увеличению [18]. У больных старше 60 лет риск возникновения деменции в первые 3 мес после инсульта в 9 раз выше, чем у лиц без инсульта [14]. Частота недементных когнитивных нарушений еще большая.

Причиной выраженных когнитивных нарушений и даже деменции могут быть [15]:

- массивные кровоизлияния и обширные инфаркты;
- множественные инфаркты;

- единичные, относительно небольшие инфаркты, расположенные в функционально значимых зонах: передне-медиальных отделах зрительного бугра и близких к нему областей, лобных долях, теменно-височно-затылочных областях мозга, медиобазальных отделах височной доли, бледных шарах. Когнитивные нарушения или деменция, обусловленные инфарктами в функционально значимых зонах, с течением времени не нарастают, а даже уменьшаются. Так, по данным Н.Н.Яхно и соавт. [8] улучшение когнитивных функций наблюдается у 1/3 больных к концу острого периода инсульта. Степень регресса бывает разной и зависит от локализации инфаркта, его расположения в доминантном или субдоминантном полушарии, одно или двустороннем поражении, наличия предшествующего поражения мозга, которое до инсульта было асимптомным.

Когнитивные нарушения, выявляющиеся в связи с перенесенным инсультом, могут возникать в разные периоды времени: сразу после инсульта (острые когнитивные нарушения) и в более отставленном периоде (отставленные постинсультные КН), обусловленные, как правило, параллельно протекающим нейродегенеративным (чаще альцгеймеровским) процессом, активирующимся в связи с нарастающей ишемией и гипоксией.

Постинсультные когнитивные нарушения ухудшают прогноз, повышают смертность [12] и риск повторного инсульта в три раза, а также повышают выраженность функциональных нарушений после инсульта, значительно затрудняют реабилитацию.

Для коррекции когнитивных нарушений после инсульта широко применяются метаболические и нейропротекторные средства, препараты, воздействующие на нейротрансмиттерные системы, корригирующие когнитивные, эмоционально-волевые и другие психические нарушения.

- Пирацетам – улучшает метаболические процессы в клетках мозга, изменяет скорость распространения возбуждения, улучшает когнитивные процессы, прежде всего память и внимание. Применяется в начале курса в виде внутримышечных инъекций (по 5,0 мл 20% раствора 20–30 дней) или при выраженных когнитивных нарушениях в/в капельно до 6 г в течение 2–4 нед, а затем внутрь по 2,4–4,8 г/сут в течение 3–4 мес.
- Церебролизин обладает полимодальным действием на метаболизм мозга, стимулирует рост различных популяций нейронов, повышает эффективность ассоциативных процессов в мозге, улучшает умственную активность, память, внимание. Назначают в виде в/м инъекций (по 5,0 в/м ежедневно в течение 30 дней) или внутривенных капельных вливаний по 10–20–30 мл (в зависимости от степени тяжести когнитивных нарушений) ежедневно (на курс 20–30 вливаний).
- Холина альфосперат – холиномиметик центрального действия, улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, положительно воздействует на пластичность нейрональных мембран, улучшает церебральный кровоток, активирует ретикулярную формацию. Назначается в/м по 4,0 в течение 2–3 нед, затем внутрь по 1,2 г/сут в течение 3–4 мес.
- Актовегин – положительно влияет на транспорт и утилизацию глюкозы, стимулирует потребление кислорода. При этом актовегин не увеличивает потребность клеток в кислороде, он сам содержит молекулы кислорода и выступает в качестве донатора кислорода. Многочисленными исследованиями

ми было показано, что актовегин обладает антиоксидантными свойствами, так как уменьшает образование фракций свободнорадикального кислорода. На фоне назначения препарата отмечают достоверное улучшение памяти, концентрации внимания, мышления по сравнению с группой плацебо. Клиническое улучшение состояния когнитивных функций сопровождалось нормализацией электроэнцефалограммы и увеличением амплитуды вызванного когнитивного потенциала P300 [17]. При поражении гиппокампа актовегин стимулирует рост гиппокампальных клеток, улучшает энергетический статус клеток [17]. Препарат обладает инсулиноподобным действием, т.к. стимулирует транспорт глюкозы внутрь клеток, не влияя при этом на рецепторы инсулина. Препарат особенно показан больным с сопутствующим сахарным диабетом, метаболическим синдромом, т.к. еще оказывает выраженное угнетающее действие в отношении липолитического эффекта, обусловленного стимуляцией адренергической системы. Назначают актовегин по 2000 мг в/в в течение 10–14 дней, затем внутрь по 600–1200 мг/сут в течение нескольких месяцев. Курс инфузионной терапии актовегином приводит к более выраженному и быстро наступающему улучшению состояния больных с когнитивными нарушениями, поэтому лечение следует начинать с парентерального введения препарата.

- Актинол-мемантин – антагонист NMDA-рецепторов, регулирует ионный транспорт – блокирует кальциевые каналы, нормализует мембранный потенциал нейронов, оказывает нейромодулирующее действие, стимулирует передачу нервного импульса, улучшает когнитивные процессы, память, способность к обучению, повышает повседневную активность. Применяют по схеме: 5 мг – ежедневно первую неделю, по 10 мг (в 2 приема) вторую неделю, затем в течение 3–4 мес – по 15–20 мг.
- Цитиколин (цераксон) – моноклеотид, содержащий в своей химической структуре рибозу, цитозин, пирофосфат и холин. Введенный в организм цитиколин служит в качестве экзогенного источника холина для синтеза ацетилхолина [16] Цитиколин положительно влияет на репарацию нейронных мембран, участвует в синтезе структур фосфолипидов клеточных мембран; уменьшает накопление свободных жирных кислот, стимулирует образование ацетилхолина и дофамина, усиливает активность антиоксидантных систем. Метаанализ 10 исследований, включающих 2279 больных [16], показал, что в остром периоде инсульта цитиколин осуществляет нейропротекцию, в подостром и восстановительном периодах усиливает процессы нейропластичности и нейрорегенерации. С помощью нейровизуализационных исследований доказано, что при применении цитиколина в остром периоде ишемического инсульта наблюдается уменьшение объема инфаркта мозга. Применение цитиколина способствует восстановлению двигательных функций, функции ходьбы и самообслуживания. В ряде плацебоконтролируемых исследований показана способность цитиколина уменьшать выраженность постинсультных когнитивных нарушений, уменьшать апатичность. Больным с постинсультными когнитивными нарушениями цитиколин назначается по 1000–2000 мг/сут внутривенно капельно в течение 10 дней.

Затем переходят на пероральный прием по 200–300 мг (2–3 мл) 3 раза в день в течение нескольких недель. Побочные явления возникают редко.

- Галантамин – селективный конкурентный и обратимый ингибитор ацетилхолинэстеразы, усиливает действие ацетилхолина на н-холинорецепторы. В начале принимают в дозе 8 мг/сут (в два приема), дозу наращивают постепенно в зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений.
- Ривастигмин – селективный ингибитор ацетил- и бутирилхолинэстеразы головного мозга, замедляет разрушение ацетилхолина, увеличивая его содержание в коре головного мозга и гиппокампе. Начальная доза – 1,5 мг/сут в два приема, доза постепенно увеличивается до 12 мг/сут (в зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений) в течение 4–6 мес. В последнее время широко применяется экселон-пластырь (4,6 мг). Помимо медикаментозной терапии больным с когнитивными нарушениями проводят психологическую коррекцию занятий.

Литература

1. Адрианов О.С. О принципах структурно-функциональной организации мозга. М.: ОАО «Стоматология». 1999; 252.
2. Белова Н.А. Нейрореабилитация: руководство для врачей. М.: Антитор. 2000; 568.
3. Дамулин И.В. Постинсультная деменция. Некоторые диагностические и терапевтические аспекты. Психиатрия и психофармакотерапия. 2005; 7: 1.
4. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. М.: Миклош. 2003; 176.
5. Рябова В.С. Отдаленные последствия мозгового инсульта (по материалам регистра). Журн. невропат. и психиатр. 1986; 4: 532–536.
6. Столярова Л.Г., Ткачева Г.Р. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. М.: Медицина. 1978; 216.
7. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. М.: МПСИ; Воронеж: изд-во «МОДЭК». 2001; 256.
8. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. Нарушение памяти в неврологической практике. Неврол. журнал. 1997; 4: 4–9.
9. Bach-y-Rita P. Theoretical and practical considerations in the restoration of function after stroke. Top Stroke Rehabil. 2001; 8: Suppl. 3: 1–15.
10. Bernhardt J., Dewey H., Collier J. et al. A very early rehabilitation trial (AVERT). Int. J. of Stroke. 2006; 3: 160–171.
11. Fisher M., Ginsberg M. Current concepts of ischemic penumbra. Stroke. 2004; 35: Suppl. 1: 2657–2658.
12. Heron H., Durieu I., Godefroy O. et al. Influence of dementia on mortality in stroke patients: a 30 years. Cerebrovasc. Dis. 2000; 10: Suppl. 2: 87.
13. McLellan D.L. Introduction to rehabilitation. In: The Handbook of rehabilitation studies. D.L. McLellan, B. Wilson (Eds). Cambridge: Cambridge University Press, 1997; 1–21.
14. Pasquier F., Leys D. Why are stroke patients prone to develop dementia? J. Neurol. 1997; 244: 135–42.
15. Roman G.C. Facts, myths, and controversies in vascular dementia. J. Neurol Sci. 2004; 226: 49–52.
16. Roman G.C., Tatemichi T.K., Erkinjuntti T. et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology. 1993; 43: 250–260.
17. Saletu B., Grunberger J., Linzmayer L. et al. EEG brain mapping and psychometry in age-associated memory impairment after acute and 2-week infusions with the hemoderivative Actovegin: double-blind, placebo-controlled trials. Neuropharmacology. 1990/91; 24: 135–148.
18. Tatemichi T.K., Desmond D., Prochovnik I. et al. Dementia after stroke: baseline frequency, risk and clinical feature in hospital cohort. Neurology. 1992; 42: 1189–1193.



ЮБИЛЕЙНЫЙ XX РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»

15–19 апреля 2013 года • Москва

ОСНОВНЫЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ КОНГРЕССА:

□ Новые прогрессивные технологии диагностики, лечения и профилактики основных заболеваний человека □ Результаты изучения генома человека – практическому здравоохранению □ Редкие болезни. Новейшие технологии диагностики и лечения □ Персонализированная медицина □ Рациональная фармакотерапия в педиатрии □ Некоторые аспекты женского здоровья с позиции врачей различных специальностей □ Важные задачи вакцинопрофилактики и иммунодиагностики заболеваний человека □ Депрессивные и болевые расстройства в общей медицинской практике – актуальная междисциплинарная проблема. Пути решения □ Непрерывное образование врача первичного звена как основа повышения качества медицинской помощи

Организационные формы: пленарные доклады, актовые лекции, пленумы, конференции, телеконференции, научные симпозиумы, дискуссии, совещания, деловые встречи, клинические разборы, лекции для практикующих врачей, образовательные семинары, школы для практикующих врачей, конкурсы научных работ молодых ученых, конкурс студенческих научных работ

ШКОЛЫ ДЛЯ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

□ Кардиология □ Акушерство и гинекология □ Педиатрия (гастроэнтерология)
□ Гастроэнтерология □ Фтизиатрия □ Педиатрия (догоспитальная помощь)
□ Внутренние болезни □ Клиническая фармакология □ Педиатрия (кардиология)
□ Химиотерапия и антибиотики □ Стоматология □ Педиатрия (неврология и нейрогенетика)

КОНКУРСЫ НАУЧНЫХ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ:

□ Кардиология □ Стоматология □ Гастроэнтерология
□ Внутренние болезни □ Клиническая фармакология

КОНКУРС СТУДЕНЧЕСКИХ НАУЧНЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ:

■ «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека»

В РАМКАХ КОНГРЕССА ПРОХОДИТ выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий

К КОНГРЕССУ ГОТОВИТСЯ «Федеральное руководство по использованию лекарственных средств» (XIV выпуск)

ПРИЕМ ДОКУМЕНТОВ	Дата начала	Дата окончания
Заявки на симпозиум, телеконференцию, семинар, дискуссию, лекцию (доклад) и пр.	01.09.12	28.12.12
Тезисы	01.09.12	15.12.12
Конкурсные работы	01.09.12	18.01.13
Регистрационные карты	01.09.12	08.04.13
Заявки на участие в выставке	01.09.12	07.03.13

КОНТАКТЫ:

Тел/факс: (499) 267-50-04, (499) 261-22-09 (секретарь)

Тел.: (495) 785-62-72 (научная программа), (495) 785-62-71 (выставка и реклама)

E-mail: publish@medlife.ru (тезисы)

reg@medlife.ru (регистрационные карты)

trud@medlife.ru (заявки на участие в научной программе, конкурсные работы)

stend@medlife.ru (заявки на участие в выставке)

Официальный сайт конгресса: www.medlife.ru

Адрес для переписки: 109153, Москва, а/я № 52 Секретариат Оргкомитета конгресса «Человек и лекарство»