



¹ Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко, Санкт-Петербург

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

³ Городская клиническая больница № 1, г. Чебоксары

⁴ Медицинский университет Семей, г. Семей, Казахстан

Мультидисциплинарный принцип ведения пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха физической, нейропсихологической и медикаментозной реабилитации

В.В. Ковальчук, д.м.н., проф.¹, Е.Р. Баранцевич, д.м.н., проф.², А.С. Галкин, к.м.н.¹, М.А. Биденко¹, К.В. Нестерин, к.м.н.³, И.Р. Рахимова⁴

Адрес для переписки: Виталий Владимирович Ковальчук, vikoval67@mail.ru

Для цитирования: Ковальчук В.В., Баранцевич Е.Р., Галкин А.С. и др. Мультидисциплинарный принцип ведения пациентов после инсульта. Критерии эффективности и факторы успеха физической, нейропсихологической и медикаментозной реабилитации // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 31. С. 10–22.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-31-10-22

Данная статья посвящена основным принципам организации и проведения реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Рассматриваются принципы и особенности деятельности мультидисциплинарной бригады и ее отдельных членов. Проанализированы особенности проведения физической реабилитации. Представлены результаты исследования эффективности препарата Мексидол в рамках реабилитации пациентов после инсульта. Показано, что Мексидол статистически значимо улучшает процесс восстановления неврологических функций пациентов, повышает уровень их социально-бытовой адаптации, устраняет синдромы неглекта и отталкивания, нормализует психоэмоциональное состояние и улучшает качество жизни.

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, мультидисциплинарная бригада, игнорирование, неглект, Мексидол

Инсульт является основной причиной длительной и глубокой инвалидизации. Отсутствие своевременного и адекватного восстановительного лечения приводит к необратимым анатомическим и функциональным изменениям. Не случайно совершенствование и повышение эффективности реабилитации пациентов, перенесших инсульт, – одна из острейших медико-социальных проблем современного общества.

Мультидисциплинарные бригады: цели, задачи, функции

Целями реабилитации являются создание оптимальных условий

для участия пациента в бытовой и общественной жизни, возвращение его к активной социально-бытовой деятельности и в конечном итоге улучшение качества жизни не только больного, но и его родственников.

Основные задачи реабилитации:

- влияние на восстановление жизненных функций пациента с помощью физических и психических методов;
- воздействие на организм больного с помощью медикаментозной терапии для улучшения и нормализации обменных процессов;
- разработка программы адаптации при необратимых измене-

ниях, вызванных патологическим процессом.

Эффективная реабилитация предполагает соблюдение мультидисциплинарного принципа, реализовать который можно только при наличии мультидисциплинарных бригад (МДБ) на этапах стационарной, амбулаторной и домашней реабилитации. МДБ – команда разных специалистов, действия которых четко согласованы и скоординированы.

К преимуществам ведения пациента с помощью МДБ относятся:

- ✓ более активное участие каждого специалиста – члена МДБ;
- ✓ возможность всех членов МДБ участвовать в планировании и проведении реабилитации;
- ✓ высокая профессиональная заинтересованность в деятельности медицинских сестер;
- ✓ оптимальные условия для повышения профессиональной подготовки специалистов – членов МДБ;
- ✓ экономия рабочего времени;
- ✓ нормализация психоэмоционального состояния пациента и его родственников;
- ✓ повышение мотивации пациента к реабилитации и вовлечение в процесс реабилитации пациента и его родственников.



Основными направлениями деятельности МДБ являются:

- проведение всеми специалистами МДБ осмотра пациента и оценка его состояния и степени нарушения функций с заполнением специальных оценочных карт [1–3];
- совместная постановка целей лечения [4];
- совместное создание адекватной окружающей среды для пациента в зависимости от его потребностей;
- совместное обсуждение особенностей ведения пациента;
- совместное планирование выписки (определение условий дальнейшего лечения, которые позволят добиться максимальной самостоятельности пациента в повседневной жизни (реабилитация в стационарных, амбулаторных, домашних, санаторно-курортных условиях); оценка способности родственников научиться приемам ухода и помощи пациенту и обучение их этим навыкам; составление вместе с пациентом и его родственниками плана дальнейшей наиболее рациональной тактики ведения);
- оценка эффективности проводимого вмешательства.

Для обеспечения координированных и согласованных действий всех членов МДБ, а также разработки стратегии и тактики лечения необходимо проводить собрания МДБ. В ходе таких собраний:

- ✓ осуществляется знакомство всех членов МДБ с новыми пациентами;
- ✓ члены бригад узнают о положительных или отрицательных изменениях в состоянии пациентов;
- ✓ обозначаются реальные цели лечения и согласовываются соответствующие действия для их достижения;
- ✓ составляется план выписки.

Ориентировочная схема проведения собрания МДБ выглядит следующим образом [4].

В рамках первого собрания:

- ✓ врач представляет медицинские детали в отношении нового пациента (жалобы, анамнез, факторы риска и предполагаемые причины перенесенного

заболевания, факторы риска ухудшения состояния пациента вследствие сопутствующих заболеваний);

- ✓ врач и другие члены МДБ сообщают о социальном статусе пациента: место и условия проживания, состав семьи, материальные условия и окружение (ухаживающие);
- ✓ обсуждается неврологический статус больного. В обсуждении активное участие принимают врач, инструктор по лечебной физической культуре (ЛФК), логопед;
- ✓ медицинские сестры информируют о функциональных возможностях пациента на текущий момент;
- ✓ формируется перечень приоритетных проблем пациента;
- ✓ намечаются краткосрочные цели лечения;
- ✓ составляется план реабилитационных действий и вмешательств.

На последующих собраниях:

- ✓ обобщаются проблемы пациента, цели лечения и совместные действия по его ведению;
- ✓ каждый член МДБ информирует других членов о наличии динамики в состоянии пациента, разрешенных проблемах и достигнутых целях, новых поставленных целях и способах их достижения. Необходимо краткая, но четкая формулировка проблем пациента, важно отказаться от слишком обширных и общих формулировок. Данную информацию целесообразно представлять в определенном порядке: нарушение структуры и/или функции, ограничение активности и участия в бытовой и общественно-социальной жизни;
- ✓ анализируются отдаленные цели – время визита домой, выписки и встречи с родственниками.

Деятельность МДБ отличает мультидисциплинарное целевое планирование, основанное на эффективной оценке потребностей пациента и составлении программ для их реализации, обеспечивающее координацию усилий членов МДБ и своевременное поступление пациента на лечение ко всем необходимым специалистам, а также направленное на повышение роли самого пациента в программе лечения.

Для целевого планирования реабилитационного лечения необходимо вовлекать в процесс пациента и его родственников. Важно знать о проблемах и потребностях, стремлениях и надеждах пациента, выявлять физические, психоэмоциональные и социальные ресурсы больного, применять оценочные и измерительные шкалы, тесты, формы и опросники, совместно со всеми специалистами МДБ оценивать состояние пациента [4].

Реабилитационные цели характеризуются:

- ✓ согласованностью (совместная постановка целей всеми специалистами МДБ);
- ✓ специфичностью (учитываются прежде всего приоритеты и пожелания пациента и его родственников);
- ✓ реалистичностью (принимается во внимание функциональное состояние и ресурсы пациента во избежание амбициозности целей, поскольку невозможность их достижения негативно повлияет на состояние как самого пациента, так и специалистов);
- ✓ измеряемостью (специалисты могут точно сказать, достигнуты цели или нет);
- ✓ временной определенностью (обозначается промежуток времени, в течение которого цель будет достигнута) [4].

Цели подразделяют на долгосрочные и краткосрочные. В долгосрочной перспективе (недели или месяцы) оценивают, что пациент сможет делать после выписки или через определенный период времени (несколько недель или месяцев), где будет находиться, будет ли нуждаться в посторонней помощи, и определяют направление деятельности, на котором фокусируются усилия всех членов МДБ. Краткосрочные цели (в течение дней или недель) – это более мелкие, легче достижимые цели, позволяющие как самому пациенту, так и членам МДБ незамедлительно выполнить работу по достижению цели в течение одной-двух недель.

Основными специалистами МДБ являются врач, медицинская сестра, врач и инструктор ЛФК, эрготерапевт, логопед.



Функции врача МДБ:

- определение основных медицинских проблем пациента и целей реабилитации;
- выявление и лечение сопутствующих заболеваний;
- внедрение современных методик реабилитации в деятельность бригады;
- координация работы бригады.

Функции медицинской сестры МДБ:

- ежедневная оценка проблем больного, как существующих, так и потенциальных (состояние кожных покровов, пролежни, пневмония и аспирация, проблемы питания, дегидратация, дисфагия, нарушение функции тазовых органов, недостаток самоухода, риск травматизации, психомоторное возбуждение, болевой синдром, проблемы семьи и родственников);
- ежедневная оценка возможностей пациента;
- скрининговое тестирование глотания;
- оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу;
- составление плана ухода, соответствующего потребностям больного;
- обеспечение всех основных нужд пациента: питание, умывание, туалет, переворачивание, перемещение;
- участие в оценке двигательных возможностей и повседневной деятельности пациента;
- обеспечение качественного ухода для предупреждения возможных осложнений: пневмония, пролежни, боль в плече, падения, переломы;
- психологическая и информационная поддержка больного и его семьи.

Следует отметить, что одна из основных функций медицинской сестры МДБ – координация процесса реабилитации от момента поступления пациента в стационар до момента его выписки. Медицинская сестра МДБ является клиническим специалистом. Она пребывает с пациентом в течение 24 часов в сутки и владеет важнейшей информацией. Эту информацию она предоставляет остальным членам МДБ, которые общаются

с пациентом значительно реже, причем только в дневное время.

Функции врача ЛФК:

- детальная оценка двигательных и чувствительных нарушений пациента;
- восстановление двигательных функций: повороты на бок, переход в положение сидя и стоя, равновесие сидя и стоя, ходьба, дотягивание, захват и перенос предметов;
- ведение пациента с целью уменьшения проявлений заболеваний грудной клетки, в том числе пневмонии, недостаточного отделения секрета легких;
- подготовка рекомендаций для медицинских сестер и других ухаживающих лиц по правильному позиционированию пациента;
- обучение перемещению, правильному обращению с пораженными конечностями во избежание болевых ощущений;
- профилактика и ведение боли в плече;
- подготовка рекомендаций по использованию приспособлений для ходьбы;
- участие в оценке глотания для подбора позы при кормлении;
- участие в оценке повседневной деятельности пациента.

Функции эрготерапевта МДБ:

- оценка больного с целью выявления нарушений, влияющих на повседневную деятельность, самообслуживание, досуг;
- выяснение возможностей пациента до инсульта и бытовых условий в его доме;
- установление желаемых самим больным основных приоритетов восстановительного процесса;
- оценка функции зрительно-пространственного восприятия;
- занятия с больным для восстановления ежедневной активности;
- адаптация пациента к окружающей среде (подбор кресла-каталки, высоты сидений, высоты столика, бытовых приборов, кухонных и столовых принадлежностей и т.д.);
- использование вспомогательных приспособлений для улучшения функциональных возможностей пациента.

Функции логопеда МДБ:

- оценка безопасности глотания;
- обучение медицинских сестер, пациента и его родственников навыкам, позволяющим преодолеть нарушения глотания и избежать аспирации;
- подбор и модификация диеты;
- оценка проблем общения пациента;
- проведение занятий по восстановлению нарушений речи;
- обучение пациента и ухаживающих за ним лиц методам, позволяющим больному общаться (устная или письменная речь), а также альтернативным методам общения.

В состав МДБ целесообразно включать психолога, нейропсихолога, мануального терапевта, ортопеда-подотерапевта, ассистента среднего медицинского персонала и ассистента методиста ЛФК, диетолога, координатора досуга и социального работника.

Для наиболее полноценного ведения пациента специалисты МДБ должны оценивать состояние и динамику восстановления, анализировать эффективность реабилитационных мероприятий с помощью специальных шкал, тестов и опросников. Специалисты МДБ используют следующие шкалы:

- ✓ реаниматолог: шкалу комы Глазго [5], шкалу инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [6];
- ✓ реабилитолог: шкалу инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [6], модифицированную шкалу Рэнкин (mRS) [7], модифицированную шкалу Эшворта для пациентов с повышенным мышечным тонусом [8], визуальную аналоговую шкалу для пациентов с болевыми синдромами [9];
- ✓ медицинская сестра: шкалу инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [6], шкалу Ривермид [10], меру функциональной независимости FIM (Functional Independence Measure) [11];
- ✓ инструктор ЛФК: шкалу Ривермид [10], шкалу баланса Берг [12], шкалу комитета медицинских исследований (MRC-scale)



[13], тест Френчай для пациентов с нарушением функции верхней конечности [11];

- ✓ эрготерапевт: Канадскую шкалу оценки деятельности (COPM) [3], шкалу самооценки бытовых возможностей повседневной жизни Мертон и Саттон [14], шкалу оценки качества жизни (EQ-5D) [15], меру функциональной независимости FIM (Functional Independence Measure) [11], шкалу Ривермид [10];
- ✓ логопед: тест дисфагии [16], шкалу оценки дисфагии (MASA) [11], шкалу нарушения речи Вассермана [17];
- ✓ психолог: госпитальную шкалу тревоги и депрессии [18], Монреальскую шкалу оценки психического статуса (MoCA) [19], шкалу тревоги Спилберга [20] (исключение – реанимационные и парализованные пациенты), опросник Бека на выявление депрессии [21] (исключение – реанимационные и парализованные пациенты), шкалу Снейта – Гамильтона на выявление ангедонии [22] (исключение – реанимационные и парализованные пациенты).

Кроме того, специалисты, осуществляющие ведение пациентов с тяжелыми инвалидизирующими неврологическими заболеваниями, должны использовать шкалу оценки нутритивного статуса NRS-2002 [11], шкалу оценки риска развития пролежней Ватерлоу [23], опросник оценки нарушений функций тазовых органов Аддисона [24] и др.

Безусловно, основным направлением реабилитации является физическая реабилитация.

Основные правила мультидисциплинарной физической реабилитации пациентов с инсультами

1. Необходимо стремиться к тому, чтобы пациент как можно меньше времени проводил лежа на спине, поскольку нахождение в таком положении ассоциируется с недостаточностью респираторной функции, высоким риском аспирации слюной, негативным рефлекторным влиянием (симметричный

шейный тонический рефлекс – сгибание шеи на подушке вызывает на стороне поражения увеличение тонуса сгибателей в руке и разгибателей в ноге; асимметричный шейный тонический рефлекс – при повороте головы в здоровую сторону увеличивается тонус сгибателей в руке противоположной стороны), появлением боли в спине, отрицательным влиянием на психоэмоциональное состояние (ощущение себя тяжелым инвалидом).

2. При необходимости кратковременного пребывания пациента на спине важно соблюдать ряд правил:

- голова находится по средней линии;
- следует избегать приведения подбородка к груди, поскольку это способствует стимуляции симметричного шейного тонического рефлекса и соответственно повышению тонуса сгибателей в руке и разгибателей в ноге на стороне гемипареза;
- туловище на пораженной стороне вытянуто;
- плечи находятся на одном уровне;
- паретичное плечо поддерживается подушкой;
- верхние конечности находятся в нейтральном положении и поддерживаются подушками;
- кисть паретичной руки находится в среднефизиологическом положении;
- не следует удерживать в руке (на ладони) какие-либо предметы, поскольку это приводит к состоянию дискомфорта, что в свою очередь может вызвать механическое растяжение мышц и соответственно повышение мышечного тонуса;
- таз выровнен – правый и левый гребни подвздошных костей находятся на одном уровне, для чего под ягодичную мышцу и бедро паретичной стороны подкладывают плоскую подушку высотой 2 см (об асимметрии таза свидетельствует ротация паретичной ноги наружу);
- под коленные суставы валик не подкладывается, поскольку выпрямление ног в тазобедренных суставах поддерживает длину подвздошно-поясничных мышц. Кроме того, нахождение валика

под коленными суставами может способствовать сдавлению общего малоберцового нерва у головки малоберцовой кости;

- стопы ни во что не упираются, поскольку стимуляция давлением поверхности подошвы стопы способствует повышению мышечного тонуса и соответственно подошвенному сгибанию стопы.
3. Пациент не должен есть лежа в постели.
 4. Максимально ранняя активизация пациента – перевод в положение сидя.
 5. Создание оптимального положения сидя – расположение пациента в прикроватном кресле с подложенной под локоть подушкой.
 6. Ранняя вертикализация.
 7. Обеспечение движений в туловище, а именно развитие движений в поясничном отделе позвоночника, устранение фиксации таза в положении наклона кзади, на что направлены совместные усилия инструкторов ЛФК, эрготерапевтов, медицинских сестер.
 8. Определение доминирующей позы в положении сидя и придание двигательной симметрии в туловище. В положении сидя доминируют:

- ✓ симметричная поза: пациент сохраняет выравнивание, допускается легкая асимметрия;
- ✓ Pull-синдром (синдром притягивания): пациент «притягивает» себя на здоровую сторону, преимущественная площадь опоры – ягодичная область здоровой стороны, часто сочетается с гиперактивностью здоровой стороны;
- ✓ Push-синдром (синдром отталкивания): пациент активно отклоняется и отталкивается рукой в пораженную сторону, не переносит вес на здоровую ногу при попытке перевести его в положение стоя, формируется при наличии зрительно-пространственных нарушений, синдроме неглекта [2].

Пути достижения двигательной симметрии:

- ✓ при Pull-синдроме – уменьшение мышечного тонуса здоровой стороны плавными движениями руки пациента с дотягиванием до пораженной стороны.



На ранних этапах реабилитации необходимо избегать неподвижной опоры со здоровой стороны при вставании и ходьбе;

✓ Push-синдроме – формирование способности пациентом потягивания здоровой рукой в здоровую сторону.

9. Применение достигнутых двигательных возможностей в действиях по самообслуживанию.

10. Соблюдение правил постральной коррекции (позиционирования) пациента.

Безусловно, восстановление двигательных, чувствительных, когнитивных функций, уровень социально-бытовой адаптации пациентов после инсульта, а также качество их жизни зависят от своевременного и адекватного применения методов физической и нейропсихологической реабилитации, правильного ухода, соблюдения мультидисциплинарного принципа ведения данной категории пациентов. Однако, согласно результатам исследований, не последнюю роль играет медикаментозная терапия, используемая в рамках комплексной реабилитации и существенно повышающая эффективность последней [25–30].

Медикаментозное лечение

Перечень препаратов, направленных на улучшение результатов реабилитации, достаточно обширен. И практикующему специалисту иногда непросто разобраться в преимуществах или недостатках предлагаемых лекарственных средств и сделать адекватный выбор.

Основной вопрос, который возникает у специалистов в процессе медикаментозной реабилитации: какой препарат оптимален для повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта? Одно из важнейших требований, предъявляемых к лекарственному средству, используемому при реабилитации пациентов после инсульта, – оказание первичного и вторичного нейропротективного и нейрорепаративного действия, наличие нейромедиаторных, нейротрансмиттерных и нейрорецепторных эффектов, а также благоприятное воздействие на процессы нейропластичности тканей головного мозга.

Одним из препаратов, наиболее полно отвечающих указанным требованиям, является оригинальный препарат Мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат). Объединяя в себе свойства энергокорректора и антиоксиданта, препарат в значительной степени уменьшает выраженность и последствия окислительного стресса [31, 32].

Мультимодалное действие Мексидола проявляется за счет повышения активности ряда ферментов [33]. Препарат способствует увеличению доставки клеткам и потребления ими сукцината, что в свою очередь приводит к стабилизации нейрональных мембран. Изменение функциональной активности биологических мембран, происходящее под влиянием Мексидола, приводит к выраженному повышению активности мембраносвязанных ферментов, ионных каналов и рецепторных комплексов, в частности бензодиазепинового, ГАМК-рецепторного и ацетилхолинового. В результате повышается их способность к связыванию с лигандами, увеличению активности нейромедиаторов и стимуляции синаптических процессов [34]. Важно, что Мексидол не вызывает синдрома обкрадывания в отличие от ноотропов и ряда сосудистых препаратов.

Мексидол также активирует механизмы аэробного гликолиза, повышая синтез таких макроэргических компонентов, как аденозинтрифосфат (АТФ), креатининфосфат [34]. Кроме того, на фоне применения Мексидола улучшаются реологические свойства крови и антиагрегационная способность тромбоцитов [31].

У пациентов, перенесших инсульт, Мексидол нормализует липидный обмен, что выражается в снижении концентрации общего холестерина, липопротеинов низкой и очень низкой плотности, триглицеридов и повышении концентрации липопротеинов высокой плотности [35]. Весьма интересными представляются результаты недавно проведенного исследования, свидетельствующие о способности Мексидола индуцировать митохондриогенез тканей головного мозга и соответ-

ственно устранять митохондриальную дисфункцию [36]. Полученные результаты дают веское основание для использования данного препарата в качестве патогенетической терапии при сосудистых и нейродегенеративных заболеваниях.

Результаты другого исследования, опубликованного в 2020 г., продемонстрировали, что Мексидол, характеризующийся антиоксидантным действием и способностью устранять митохондриальную дисфункцию, оказывает ингибирующее влияние на основные механизмы, задействованные в деструкции клеточных структур при старении, потенцируя тем самым увеличение продолжительности жизни и повышение качества жизни [37].

Таким образом, Мексидол является нейроцитопротектором с мультимодалным действием [37], что позволяет широко использовать его при различных неврологических заболеваниях.

Для изучения влияния нейрометаболической терапии на эффективность реабилитации больных после инсульта нами было проведено исследование влияния препарата Мексидол на степень восстановления различных неврологических функций пациентов, перенесших инсульт, уровень их социально-бытовой адаптации и качество жизни.

Исследование влияния Мексидола на степень восстановления неврологических функций после инсульта

Материал и методы

Были проанализированы результаты лечения 750 пациентов (400 женщин и 350 мужчин), перенесших ишемический инсульт. Средний возраст больных составил 66,4 года (от 30 до 87 лет).

Все участники проспективного сравнительного открытого исследования были разделены на две равные группы – основную (Мексидол) и контрольную (без Мексидола), стандартизированные по показателям (возраст, пол, степень выраженности неврологических и психоэмоциональных нарушений, уровень бытовой адаптации, качество жизни, про-



водимые виды и методы физической, физиотерапевтической, нейропсихологической и психотерапевтической реабилитации (принцип matched-controlled) (табл. 1).

Мексидол назначали на первом, шестом и 12-м месяцах инсульта:

- ✓ первый месяц – 500 мг внутривенно капельно ежедневно N10;
- ✓ шестой месяц – 250 мг внутривенно капельно ежедневно N10;
- ✓ 12-й месяц – 250 мг внутривенно капельно ежедневно N10.

Эффективность лечения оценивали по следующим параметрам: восстановление неврологических функций, уровень социально-бытовой адаптации, психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

Нарушение и восстановление неврологических функций определя-

ли с помощью шкал Бартел [38], Линдмарка [39] и Скандинавской [40]. По шкале Бартел оценивали двигательные функции и бытовую адаптацию, по шкале Линдмарка – функции движения и чувствительности, по Скандинавской шкале – двигательные, речевые функции, ориентацию во времени, пространстве и собственной личности. Степень восстановления оценивали так: отсутствие восстановления – среднее арифметическое количество баллов, набранное по всем трем перечисленным шкалам, составляло менее 30% баллов от их максимального количества; минимальное – 30–49%; удовлетворительное – 50–74%; достаточное – 75–94%; полное – более 94%.

Уровень бытовой и социальной адаптации устанавливали по шкале самооценки бытовых возможно-

стей повседневной жизни Мертон и Саттон [14]: отсутствие бытовой адаптации – 0 баллов; минимальная – 1–29 баллов; удовлетворительная – 30–45 баллов; достаточная – 46–58 баллов; полная – 59 баллов. Кроме того, анализировали способность к независимому выполнению отдельных бытовых навыков (использование туалета, умывание, принятие ванны, одевание, прием и приготовление пищи).

Психоэмоциональное состояние изучали с помощью опросника Бека [21] и шкалы самооценки депрессии Уэйкфилда [41], на основании которых в процентном отношении определялось среднее значение распространенности депрессии в каждой группе пациентов. При установлении депрессии с помощью опросника Бека также определялась степень ее выраженности.

Таблица 1. Стандартизация групп исследования, абс. (%)

Показатель		Получавшие Мексидол	Не получавшие Мексидол	p
Пол:				1,000
■ женский		200 (53,3)	200 (53,3)	
■ мужской		175 (46,7)	175 (46,7)	
Возраст (средний), лет		67,8	65,0	0,802
Состояние неврологических функций, средний % от максимального восстановления		19,7	21,1	0,877
Уровень бытовой адаптации, средний % от максимального уровня		16,1	15,6	0,943
Качество жизни, средний балл		72	70	0,884
Проходившие ЛФК		375 (100,0)	375 (100,0)	1,000
Методика ЛФК	ингибирующая	316 (84,2)	306 (81,5)	0,721
	функциональная	59 (15,8)	69 (18,5)	0,717
Проходившие ФТЛ		265 (70,7)	269 (71,7%)	0,914
Методика ФТЛ (среди проходивших ФТЛ)	электростимуляция СМТ	77 (29,0)	27,1% (73)	0,841
	магнитотерапия	89 (33,6)	82 (30,5)	0,702
	электрофорез	24 (9,1)	34 (12,6)	0,612
	дарсонвализация	21 (7,9)	26 (9,7)	0,812
	ДМВ-терапия	22 (8,3)	13 (4,8)	0,508
	озокеритотерапия	32 (12,1)	41 (15,3)	0,558
Проходившие массаж		348 (92,8)	339 (90,4)	0,835
Проходившие ММТ		74 (19,7)	70 (18,7)	0,957
Проходившие ИРТ		74 (19,7)	76 (20,3)	0,968
Проходившие психотерапию		116 (30,9)	116 (30,9)	1,000
Получавшие вазоактивные препараты ¹		189 (50,4)	209 (55,7)	0,389
Получавшие гипотензивную терапию ²		375 (100,0)	375 (100,0)	1,000
Получавшие антиагреганты и антикоагулянты ³		375 (100,0)	375 (100,0)	1,000
Получавшие антидепрессанты и нейролептики ⁴		375 (100,0)	375 (100,0)	1,000

¹ Вазобрал, винпоцетин, ницерголин.

² Лозартан, атенолол, нифедипин, анапирин, фозиноприл, метопролол.

³ Ацетилсалициловая кислота, дипиридамол, клопидогрел, варфарин, ривароксабан, дабигатран.

⁴ Амитриптилин, венлафаксин, сертралин, пароксетин, алимемазин, тразодон, флувоксамин.

Примечание. ЛФК – лечебная физическая культура. ФТЛ – физиотерапевтическое лечение. СМТ – синусоидальные модулированные токи. ДМВ – дециметроволновая терапия. ММТ – мягкотканная мануальная терапия. ИРТ – иглорефлексотерапия.



Таблица 2. Достаточная и полная степень восстановления неврологических функций и бытовой адаптации, абс. (%)

Влияние на восстановление функций		Влияние на бытовую адаптацию	
Основная группа (Мексидол)	Контрольная группа	Основная группа (Мексидол)	Контрольная группа
236 (62,9)	129 (34,4)	225 (60,0)	141 (37,6)

Примечание. Достоверные различия между терапевтической и контрольной группой $p < 0,001$.

Таблица 3. Способность к самостоятельному выполнению повседневных задач, абс. (%)

Показатель		Получавшие Мексидол	Не получавшие Мексидол
		Туалет	
	независимость	226 (60,3) ¹	183 (48,8) ¹
	зависимость	140 (39,7)	192 (51,2)
Умывание			
	независимость	366 (97,6) ²	263 (70,1) ²
	зависимость	9 (2,4)	112 (29,7)
Принятие ванны			
	независимость	113 (30,1) ¹	72 (19,2) ¹
	зависимость	262 (69,9)	303 (80,8)
Одевание			
	независимость	317 (84,5) ³	153 (40,8) ³
	зависимость	58 (15,5)	222 (59,2)
Прием пищи			
	независимость	315 (84,0) ⁴	252 (67,2) ⁴
	зависимость	60 (16,0)	123 (32,8)
Приготовление пищи			
	независимость	196 (52,3) ⁴	119 (31,7) ⁴
	зависимость	179 (47,7)	256 (68,3)

¹ $p < 0,05$.

² $p < 0,001$.

³ $p < 0,0001$.

⁴ $p < 0,01$.

О качестве жизни пациентов судили по профилю влияния болезни (Sickness Impact Profile) [26, 42]: отсутствие нарушений качества жизни – 0 баллов; минимальные нарушения – 1–10 баллов; легкие – 11–25 баллов; умеренные – 26–40 баллов; выраженные – 41–55 баллов; грубые нарушения – более 55 баллов.

Критериями включения пациентов в исследование были:

- диагноз инфаркта головного мозга, подтвержденный данными компьютерной или магнитно-резонансной томографии;
- степень нарушения неврологических функций (количество баллов по шкалам Бартел, Линдмарка и Скандинавской – не более 24% от максимального количества баллов);
- степень социально-бытовой дезадаптации (количество баллов по шкале Мертон и Саттон – не более 24% от максимального количества баллов, зависимость при выполнении и/или невозможность

осуществления основных социально-бытовых навыков);

- психоэмоциональное состояние (наличие выявленной с помощью опросника Бэка и шкалы Уэйкфилда депрессии любой степени выраженности);
 - качество жизни (количество баллов согласно профилю влияния болезни – более 55 баллов).
- Статистический анализ результатов исследования проводили с использованием пакетов программы SPSS 18.0. При сравнении качественных признаков и процентных соотношений применяли критерий независимости качественных (категориальных) признаков χ^2 , точный критерий Фишера и коэффициент неопределенности. Зависимость между изучаемыми признаками предполагалась при $p < 0,05$. При частоте изучаемого события менее пяти наблюдений в одной из граф таблицы использование критерия χ^2 признавалось некорректным и требовало использования точного критерия Фишера.

Результаты

Как показали результаты исследования, Мексидол статистически значимо повышает эффективность реабилитации пациентов после инсульта. Так, в основной группе (Мексидол) достаточная и полная степень восстановления неврологических функций отмечалась в 62,9% случаев, в контрольной группе (в отсутствие Мексидола) – в 34,4% случаев ($p < 0,001$) (табл. 2).

Мексидол также статистически значимо повышает уровень бытовой адаптации пациентов после инсульта. В основной группе достаточная и полная степень бытовой адаптации отмечалась у 60,0% пациентов, в контрольной – у 37,6% больных ($p < 0,001$) (табл. 2).

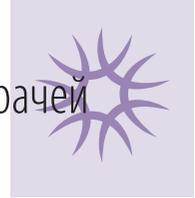
Мексидол статистически значимо положительно влиял на достижение пациентами независимости при выполнении основных бытовых навыков (табл. 3). Так, в основной группе 60,3% пациентов, зависимых при пользовании туалетом, после применения Мексидола приобрели независимость при выполнении данного бытового навыка. Среди тех, кто не получал Мексидол, таковых насчитывалось 48,8% ($p < 0,05$) (табл. 3).

В основной группе 97,6% пациентов, зависимых при умывании, приобрели независимость при выполнении данного бытового навыка. В контрольной группе независимыми в данном аспекте стали 70,1% пациентов ($p < 0,001$) (табл. 3).

Среди пациентов, которым назначали Мексидол, 30,1% больных, зависимых при принятии ванны, приобрели независимость. В контрольной группе этим навыком овладели 19,2% пациентов ($p < 0,05$) (табл. 3).

В группе Мексидола 84,5% пациентов, утративших навык одевания, приобрели его, в группе не получавших данное лекарственное средство независимость в выполнении данного навыка обрели 40,8% пациентов ($p < 0,0001$) (табл. 3).

Навык самостоятельно питаться приобрели 84,0% пациентов основной группы и 67,2% пациентов контрольной ($p < 0,01$) (табл. 3).



Обретение независимости при приготовлении пищи отмечалось у 52,3% пациентов основной группы и 31,7% больных контрольной ($p < 0,01$) (табл. 3).

Кроме того, Мексидол статистически значимо влиял на нормализацию психоэмоционального состояния пациентов после инсульта. В группе больных, получавших Мексидол, депрессия отсутствовала у 75,8%. При наличии депрессии у пациентов, которым назначали Мексидол, легкая степень депрессии наблюдалась в 54,2% случаев, тяжелая – в 9,3%. Среди пациентов, не получавших Мексидол, аналогичные показатели составили 51,8, 32,9 и 24,6% соответственно ($p < 0,01$) (рис. 1).

На основании изучения профиля влияния болезни (Sickness Impact Profile) установлено, что уровень качества жизни пациентов, получавших Мексидол, статистически значимо превышал таковой больных, не принимавших данный препарат. Так, в группе Мексидола отсутствие нарушений качества жизни и их минимальная выраженность зарегистрированы у 68,9% пациентов, в контрольной группе – у 36,5% ($p < 0,001$) (рис. 2). Напротив, выраженные и грубые нарушения качества жизни зафиксированы у 9,5% пациентов группы Мексидола и 29,9% пациентов контрольной группы ($p < 0,01$).

Мексидол статистически значимо улучшал как физические, так и психосоциальные и бытовые характеристики качества жизни. В группе Мексидола отсутствие нарушений физических характеристик качества жизни, таких как уход за телом, перемещение, функциональная мобильность, и их минимальная выраженность наблюдались у 76,3% больных, в контрольной группе – у 35,2% ($p < 0,0001$) (рис. 3). Выраженные и грубые нарушения данных характеристик отмечались у 10,7% пациентов группы Мексидола и 28,8% пациентов контрольной группы ($p < 0,05$) (рис. 4). Отсутствие нарушений психосоциальных составляющих качества жизни (эмоциональность, социальное взаимодействие, инициа-

тивность, энергичность поведения, общение) и их минимальная выраженность зафиксированы у 70,1% пациентов основной группы и 44,3% больных контрольной группы ($p < 0,01$) (рис. 3). Выраженные и грубые нарушения данных характеристик наблюдались у 2,9% пациентов группы Мексидола и 28,0% пациентов контрольной группы ($p < 0,01$) (рис. 4).

Отсутствие нарушений бытовых характеристик качества жизни (работа, сон, отдых, досуг, питание, ведение домашнего хозяйства) и их минимальная выраженность имели место у 60,3% больных основной группы и 30,1% пациентов контрольной ($p < 0,001$) (рис. 3). Выраженные и грубые нарушения данных характеристик отмечали 14,7% пациентов группы Мексидола и 32,5% пациентов контрольной группы ($p < 0,05$) (рис. 4).

Кроме того, учитывая крайне негативное влияние синдромов игнорирования и отталкивания на восстановление различных, прежде всего двигательных, функций после инсульта, мы решили проанализировать возможности медикаментозного лечения пациентов с данными синдромами в качестве дополнительного терапевтического фактора наряду с физическими и нейропсихологическими методами реабилитации.

Исследование эффективности Мексидола у пациентов с синдромами игнорирования и отталкивания

Материал и методы

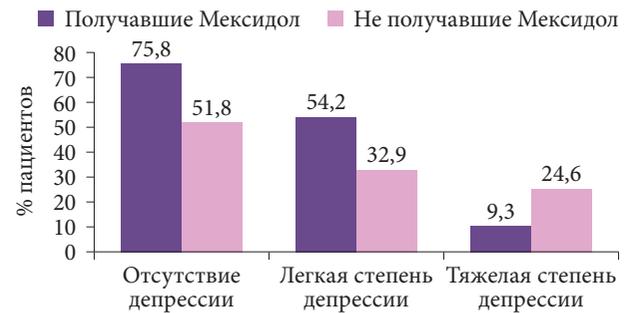
Были проанализированы результаты лечения 420 пациентов (265 женщин и 155 мужчин), перенесших ишемический инсульт. Средний возраст пациентов составил 63,7 года (от 36 до 76 лет).

Исследование проводилось по двум направлениям:

- 1) пациенты с синдромом неглекта (игнорирования) были разделены на две группы (по 105 в каждой) – основную (Мексидол) и контрольную (в отсутствие Мексидола);
- 2) пациенты с синдромом отталкивания были разделены на две группы (по 105 в ка-

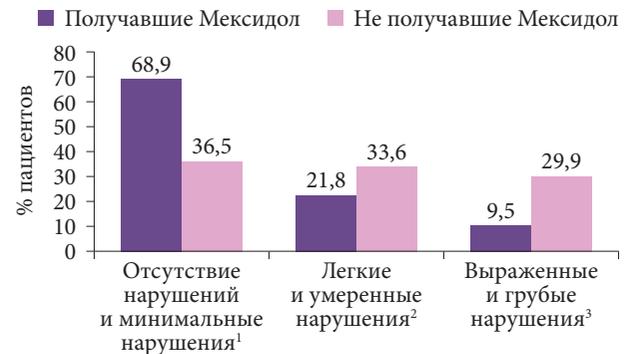
ждой) – основную (Мексидол) и контрольную (в отсутствие Мексидола).

Мексидол назначали пациентам дважды: на третьем и четвертом месяцах инсульта (интервал между курсами – месяц):



Примечание. Достоверность различий между терапевтической и контрольной группами $p < 0,01$.

Рис. 1. Нормализация психоэмоционального состояния и степени выраженности депрессии



¹ $p < 0,001$.

² $p < 0,05$.

³ $p < 0,01$.

Рис. 2. Степень выраженности нарушений качества жизни в соответствии с профилем влияния болезни (Sickness Impact Profile)



¹ $p < 0,0001$.

² $p < 0,01$.

³ $p < 0,001$.

Рис. 3. Отсутствие нарушений физических, психосоциальных, бытовых аспектов качества жизни и их минимальная выраженность



- ✓ третий месяц – 500 мг внутривенно капельно ежедневно в течение 15 дней;
- ✓ четвертый месяц – 200 мг внутривенно капельно ежедневно в течение десяти дней.

Представители экспериментальных групп исследования подбирались по принципу matched-controlled.

Эффективность лечения пациентов с синдромом неглекта оценивали по отсутствию его признаков:

- геми-невнимание (отсутствие адекватного ответа на окружающие пациента раздражающие стиму-

лы – приближение людей, различные звуки);

- тактильное угасание (утрата способности реагировать на тактильные стимулы при одновременном тактильном стимулировании обеих сторон пациента);
- зрительное угасание (утрата способности реагировать на зрительные стимулы при одновременном стимулировании обоих полей зрения пациента);
- аллоэстезия (ощущение сенсорных стимулов на стороне, противоположной стимуляции);
- анозогнозия (отрицание нарушений неврологических функций);
- отрицание принадлежности конечностей одной стороны своему телу.

При наличии хотя бы одного из перечисленных признаков синдрома неглекта признавали положительным.

Эффективность лечения пациентов с синдромом отталкивания оценивали с помощью тестирования на способность сохранения устойчивости и равновесия [50]:

- ✓ способность сохранения статического равновесия в положении сидя в течение минуты при равномерном распределении веса тела на обе ягодичные области;
- ✓ способность сохранения статического равновесия в положении стоя в течение десяти секунд при равномерном распределении веса тела на обе нижние конечности.

При полной или частичной неспособности выполнения хотя бы од-

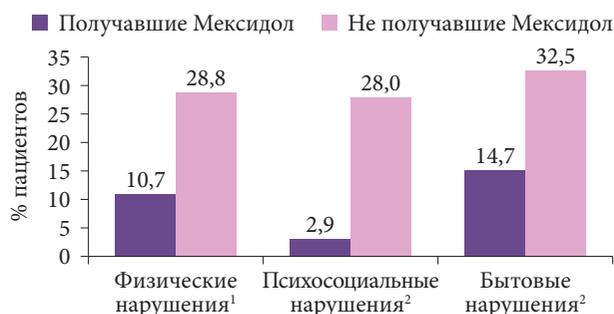
ного из этих тестов синдром отталкивания считали положительным. При статистическом анализе результатов использовали пакет программы SPSS 20.0. Для сравнения качественных признаков и процентных соотношений применяли критерий независимости качественных (категориальных) признаков χ^2 , точный критерий Фишера и коэффициент неопределенности (J).

Результаты

Мексидол статистически значимо способствовал устранению синдрома неглекта ($p < 0,001$). Так, в основной группе синдром неглекта после лечения зафиксирован у 29,5% больных, в контрольной – у 59,1% пациентов (табл. 4). При этом наиболее эффективное влияние Мексидола прослеживалось в отношении таких проявлений синдрома неглекта, как геми-невнимание, зрительное угасание и анозогнозия ($p < 0,0001$). В основной группе данные симптомы на фоне лечения отмечались у 12,5, 19,1 и 23,8% больных соответственно (рис. 5), в контрольной – у 53,5, 50,6 и 61,1% пациентов соответственно (рис. 5).

Мексидол статистически значимо уменьшал распространенность проявлений синдрома неглекта, таких как тактильное угасание, аллоэстезия и отрицание принадлежности конечностей одной стороны своему телу ($p < 0,001$). В основной группе данные симптомы имели место у 26,4, 27,7 и 29,3% пациентов соответственно, в контрольной группе – у 55,3, 58,8 и 50,8% пациентов соответственно (рис. 5).

Кроме того, Мексидол статистически значимо уменьшал распространенность синдрома отталкивания ($p < 0,05$), который встречался у 22,9% пациентов основной группы и у 41,0% пациентов контрольной группы (табл. 4). При этом Мексидол благоприятно влиял на сохранение равновесия как в положении сидя, так и в положении стоя, статистически значимо улучшал состояние устойчивости ($p < 0,05$). В основной группе способность сохранения равновесия в положении



¹ $p < 0,05$.

² $p < 0,01$.

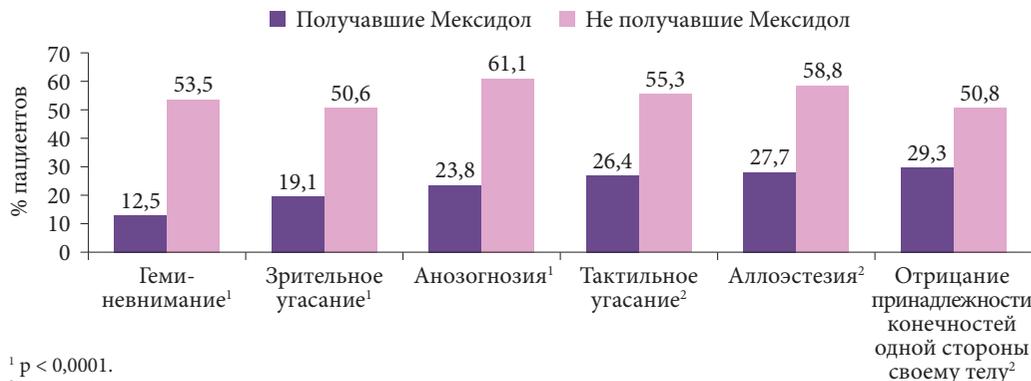
Рис. 4. Выраженные и грубые нарушения физических, психосоциальных, бытовых аспектов качества жизни

Таблица 4. Распределение пациентов, перенесших инсульт, по наличию синдромов неглекта и отталкивания, абс. (%)

Наличие синдрома неглекта		Наличие синдрома отталкивания	
Основная группа (Мексидол)	Контрольная группа	Основная группа (Мексидол)	Контрольная группа
31 (29,5) ¹	62 (59,1) ¹	23 (22,9) ²	43 (41,0) ²

¹ Различия достоверны $p < 0,001$.

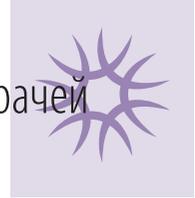
² Различия достоверны $p < 0,05$.



¹ $p < 0,0001$.

² $p < 0,001$.

Рис. 5. Наличие симптомов синдрома неглекта



сидя продемонстрировали 82,7% больных, способность сохранения равновесия в положении стоя – 77,9%, в контрольной группе – 61,4 и 55,3% пациентов соответственно (рис. 6).

По окончании исследования эффективности парентеральной формы Мексидола (фаза насыщения) подавляющему большинству пациентов было рекомендовано применение таблетированной формы препарата 250 мг три раза в день (Мексидол ФОРТЕ 250) в течение длительного периода (два-три месяца), что, безусловно, позволило максимизировать эффект от использования парентеральной формы Мексидола.

Полученные нами результаты согласуются с данными других авторов о положительном влиянии Мексидола на повышение эффективности терапии и реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Так, результаты исследования, проведенного в Научно-исследовательском институте экспериментальной и клинической медицины г. Новосибирска, свидетельствуют об эффективности Мексидола в остром и раннем восстановительном периодах ишемического инсульта у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа [43]. Согласно результатам данного исследования, Мексидол благоприятно влияет на показатели липидного обмена и реологические свойства крови у данной категории пациентов. Максимальный эффект Мексидола отмечается при длительной непрерывной последовательной терапии в течение шести месяцев: в течение 15 дней – внутривенно капельно по 1000 мг/сут, затем в течение пяти с половиной месяцев – перорально 750 мг/сут. Зафиксирован высокий профиль безопасности Мексидола при длительном применении.

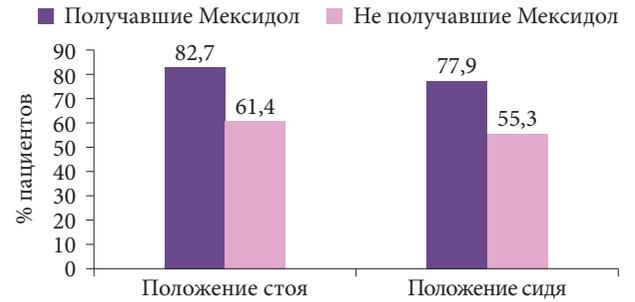
С результатами, представленными в данной статье, согласуются результаты рандомизированного двойного слепого многоцентрового плацебоконтролируемого в параллельных группах исследования эффективности и безопасности Мексидола при длительной

последовательной терапии у пациентов в остром и раннем восстановительном периодах полушарного ишемического инсульта (ЭПИКА) [44].

В рамках данного исследования показана эффективность и безопасность длительной последовательной терапии Мексидолом (внутривенно капельно 500 мг/сут в течение десяти дней с последующим пероральным приемом таблетированной формы (125 мг) по таблетке три раза в сутки в течение восьми недель) по сравнению с плацебо у пациентов в остром и раннем восстановительном периодах полушарного ишемического инсульта. В группе пациентов, получавших Мексидол, отмечалось статистически значимое по сравнению с группой плацебо уменьшение выраженности симптомов инсульта и функциональных нарушений и более выраженное улучшение повседневной жизнедеятельности. Подавляющее большинство пациентов группы Мексидола отметили отсутствие на фоне лечения нарушения передвижения, самообслуживания, а также психоэмоциональных расстройств. Кроме того, в группе Мексидола в субпопуляции пациентов с сахарным диабетом зарегистрирован более высокий уровень качества жизни на момент окончания терапии. В исследовании ЭПИКА показана также безопасность длительного применения Мексидола как в остром, так и в восстановительном периоде ишемического инсульта, сопоставимая с таковой плацебо. Полученные статистически значимые результаты позволили авторам рекомендовать включение Мексидола в схему комплексной терапии пациентов в остром и восстановительном периодах инфаркта головного мозга.

Выводы

Говоря об основных аспектах, направлениях и принципах реабилитации пациентов после инсульта, важно понимать комплексность, целенаправленность и проблемную ориентированность данного процесса, который прежде всего



Примечание. Достоверность различий $p < 0,05$.

Рис. 6. Способность сохранять равновесие

направлен на повышение степени восстановления неврологических функций пациентов, уровня их социально-бытовой адаптации и в конечном итоге на улучшение качества жизни пациентов и их родственников.

Одним из основных критериев успешной и эффективной реабилитации является соблюдение мультидисциплинарного принципа ее проведения.

Степень восстановления пациентов зависит от своевременного назначения и адекватного применения физической и нейропсихологической реабилитации. Однако не следует забывать, что эффективность последней зависит от медикаментозной терапии, предусмотренной в рамках комплексной реабилитации.

Показано, что использование Мексидола в рамках реабилитации пациентов, перенесших инсульт, эффективно и оправданно. Препарат способствует эффективному восстановлению двигательных, чувствительных и других неврологических функций, увеличению уровня социально-бытовой адаптации, нормализации психоэмоционального состояния.

Синдромы неглекта и отталкивания значительно ухудшают реабилитационный прогноз и снижают реабилитационный потенциал пациентов после инсульта, уменьшая эффективность восстановительного лечения как в отношении восстановления неврологических функций, так и в отношении повышения уровня бытовой адаптации. Мексидол статистически значимо способствует устранению указанных синдромов. *



Литература

1. Камаева О.В., Буракова З.Ф., Зычкова О.Б. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 2. Сестринские вопросы / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003.
2. Камаева О.В., Буракова З.Ф., Зычкова О.Б. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003.
3. Камаева О.В., Буракова З.Ф., Зычкова О.Б. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 6. Эрготерапия / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003.
4. Камаева О.В., Буракова З.Ф., Зычкова О.Б. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 1. Организация консультного блока / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003.
5. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale // *Lancet*. 1974. Vol. 2. № 7872. P. 81–84.
6. Brott T., Adams H.P., Olinger C.P. et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale // *Stroke*. 1989. Vol. 20. № 7. P. 864–870.
7. Rankin J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis // *Scott. Med. J.* 1957. Vol. 2. № 5. P. 200–215.
8. Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis // *Practitioner*. 1964. Vol. 192. P. 540–542.
9. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // *Pain*. 1976. Vol. 2. № 2. P. 175–184.
10. Wade D.T. Measurement in neurological rehabilitation. New York: Oxford University Press, 1992.
11. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2002.
12. Berg K., Wood-Dauphinée S., Williams J.I., Gayton D. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument // *Physiotherapy Canada*. 1989. Vol. 41. P. 304–311.
13. Warlow C.P., Dennis M.S., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management. London: Blackwell Science, 1997.
14. Kwantabisa N. Occupational therapy ADL checklist self maintenance // Merton and Sutton Community NHS Trust. Stroke Rehabilitation Team Protocol. London, 1999. P. 7–9.
15. Захаревич О.А., Леонова М.В. Изучение качества жизни у больных артериальной гипертонией. Методы оценки и значение в клинической практике // *Международный медицинский журнал*. 2001. № 5. С. 412–416.
16. Ковальчук В.В. Пациент после инсульта. Принципы реабилитации и особенности ведения. М.: АСТ 345, 2016.
17. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. СПб.: Стройлеспечать, 1997.
18. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67. № 6. P. 361–370.
19. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V. et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2005. Vol. 53. № 4. P. 695–699.
20. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2007.
21. House A., Dennis M., Hawton K., Warlow C. Methods of identifying mood disorders in stroke patients: experience in the Oxfordshire Community Stroke Project // *Age Ageing*. 1989. Vol. 18. № 6. P. 371–379.
22. Snaith R.P., Hamilton M., Morley S. et al. A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale // *Br. J. Psychiatry*. 1995. Vol. 167. № 1. P. 99–103.
23. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. СПб.: Человек, 2002.
24. Камаева О.В., Буракова З.Ф., Зычкова О.Б. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных. Методическое пособие. Часть 4. Функция тазовых органов / под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003.
25. Гехт А.Б. Ишемический инсульт: вторичная профилактика и основные направления фармакотерапии в восстановительном периоде // *Consilium Medicum*. 2001. Т. 3. № 5. С. 227–232.
26. Ковальчук В.В. Оценка эффективности и безопасности Мидокалма в раннем восстановительном периоде инсульта // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2013. Т. 113. № 4. С. 35–40.
27. Ковальчук В.В., Хафизова Т.Л., Галкин А.С. Применение нейрометаболической терапии в составе комплексной реабилитации пациентов после инсульта // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014. Т. 114. № 11. С. 61–66.

МЕКСИДОЛ®

этилметилгидроксипиридина сукцинат



МЕКСИДОЛ® ФОРТЕ 250

УНИКАЛЬНАЯ ДВОЙНАЯ ДОЗИРОВКА ДЛЯ ИЗЯЩНЫХ РЕШЕНИЙ¹

- 🧠 Референтный (оригинальный) препарат²
- 🧠 Противоишемическое действие, антигипоксанта́нный, антиоксидантный и мембраностабилизирующий эффекты^{3, 4, 5, 7, 8}
- 🧠 Для полного раскрытия терапевтического потенциала рекомендована последовательная терапия – 14 дней инъекции, с переходом на таблетированную форму в течение 2-х месяцев^{6, 7, 8, 9}



1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол® ФОРТЕ 250 таблетки, покрытые пленочной оболочкой 250 мг ЛП-004831 от 26.04.2018 г., ЛП-Н (000066) - (РГ-РУ) от 03.06.2020 Инструкция по медицинскому применению препаратов с группировочным наименованием: этилметилгидроксипиридина сукцинат в лекарственной форме для приема per os. Источники информации: Государственный реестр лекарственных средств, www.grls.rstmznzd.ru, на 13.07.2020 г. 2. Федеральный закон №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», от 12 апреля 2010 г.; письмо №9795 ФБУ «НЦЭСМП» Министерства здравоохранения РФ от 30.05.2018 г., письмо №7375 ФБУ «НЦЭСМП» Министерства здравоохранения РФ от 08.05.2018 г. 3. Погорельский В.Е., Арлыт А.В., Гавыш М.Д. с соавт. Экспериментальная и клиническая фармакология, 1999, Том 62, №5, стр. 15-17. 4. Нечипуренко И.И., Васильевская И.А. с соавт. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 2006, Приложение 1. 5. Воронина Т.А. Мексидол: спектр фармакологических эффектов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2012; 12: с. 86-90. 6. Стаюкова Л.В., Шамалов Н.А., Хасанова Д.Р., Мельникова Е.В. с соавт. Результаты рандомизированного двойного слепого мультицентрового плацебо-контролируемого в параллельных группах исследования эффективности и безопасности мексидола при длительной последовательной терапии у пациентов в остром и раннем восстановительных периодах полушарного ишемического инсульта (ЭПИКА). Журнал неврологии и психиатрии, 2017; 3 (2):55-64. 7. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол® раствор для в/в и в/м введения 50 мг/мл Р N002161/01 от 14.03.2008 г. 8. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол® таблетки, покрытые пленочной оболочкой 125 мг ЛСР-002063/07 от 09.08.2007 г. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Мексидол® ФОРТЕ 250 таблетки, покрытые пленочной оболочкой 250 мг ЛП-004831 от 26.04.2018 г., ЛП-Н (000066) - (РГ-РУ) от 03.06.2020 г. 9. Чуканова Е.И., Чуканова А.С. Эффективность и безопасность препарата Мексидол ФОРТЕ 250 в рамках последовательной терапии у пациентов с хронической ишемией мозга. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2019, т. 119, № 9, с. 39-45. 10. Награда Russian Pharma Awards 2014 за достижение в области фармации. 1 место в номинации «Препарат выбора при лечении ишемических расстройств, вызванных спазмом сосудов головного мозга». 11. Премия Молекула жизни® за достижения в области фармации в номинации Препарат года, 2016 г. Учредитель премии: Российское научное медицинское общество терапевтов (РНИМОТ).

Мексидол® ФОРТЕ 250 таблетки, покрытые пленочной оболочкой 250 мг - РУ № ЛП-004831 от 26.04.2018 г., ЛП-Н (000066) - (РГ-РУ) от 03.06.2020
Мексидол® таблетки, покрытые пленочной оболочкой 125 мг - РУ № ЛСР-002063/07 от 09.08.2007 г.
Мексидол® раствор для в/в и в/м введения 50 мг/мл - РУ № Р N002161/01 от 14.03.2008 г.

Информация предназначена для специалистов здравоохранения. Перед назначением ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению.
ООО «Векторфарм», 109544, Москва, Бульвар Энтузиастов дом 2, этаж 16, комната 31, тел: +7 (495) 626-47-50.

ООО «ВЕКТОРФАРМ»
дистрибьютор лекарственных препаратов
ООО «ФАРМАСОФТ»





28. Ковальчук В.В. Терапевтические возможности улучшения когнитивных функций, психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов после инсульта // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 12. С. 92–97.
29. Ковальчук В.В., Миннуллин Т.И., Аманова Э.О. и др. Нейропептиды в реабилитации пациентов после инсульта как фактор улучшения социально-бытовой адаптации, купирования болевых синдромов, нормализации когнитивных функций и качества жизни // Лечащий врач. 2016. № 10. С. 74–81.
30. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Яушева Л.М. Лекарственная терапия и когнитивное стимулирование у больных с постинсультными когнитивными нарушениями // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № S2. С. 22–27.
31. Воронина Т.А. Мексидол. Отечественный препарат нового поколения, основные эффекты, механизм действия, применение // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. № 5. С. 34–38.
32. Смирнова И.Н., Федорова Т.Н., Танашиян М.М., Суслина З.А. Клиническая эффективность и антиоксидантная активность Мексидола при хронических цереброваскулярных заболеваниях // Атмосфера. Нервные болезни. 2006. № 1. С. 33–36.
33. Воронина Т.А., Середенин С.Б. Ноотропные препараты, достижения и новые проблемы // Экспериментальная и клиническая фармакология. 1998. № 4. С. 3–9.
34. Воронина Т.А. Антиоксидант Мексидол. Основные нейропсихотропные эффекты и механизм действия // Психофармакология, биология, наркология. 2001. Т. 1. № 1. С. 2–12.
35. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001.
36. Кирова Ю.И., Шакова Ф.М., Германова Э.Л. и др. Влияние Мексидола на церебральный митохондриогенез в молодом возрасте и при старении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 1. С. 55–62.
37. Воронина Т.А. Геропротективные эффекты этилметилгидроксипиридина сукцината в экспериментальном исследовании // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. Т. 120. № 4. С. 81–87.
38. Machoney F, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // Md. State Med. J. 1965. Vol. 14. P. 61–65.
39. Lindmark B. Evaluation of functional capacity after stroke with special emphasis on motor function and activities of daily living // Scand. J. Rehabil. Med. Suppl. 1988. Vol. 21. P. 1–40.
40. Multicenter trial of hemodilution in ischemic stroke: background and study protocol. Scandinavian Stroke Study Group // Stroke. 1985. Vol. 16. № 5. P. 885–890.
41. Hickie I, Lloyd A., Wakefield D., Parker G. The psychiatric status of patients with the chronic fatigue syndrome // Br. J. Psychiatry. 1990. Vol. 156. P. 534–540.
42. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., Gilson B.S. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure // Med. Care. 1981. Vol. 19. № 8. P. 787–805.
43. Щепанкевич Л.А., Николаев Ю.А., Долгова Н.А. Оптимизация липидснижающей терапии у пациентов с ишемическим инсультом и сахарным диабетом 2-го типа // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116. № 2. С. 42–45.
44. Стаховская Л.В., Шамалов Н.А., Хасанова Д.Р. и др. Результаты рандомизированного двойного слепого мультицентрового плацебоконтролируемого в параллельных группах исследования эффективности и безопасности мексидола при длительной последовательной терапии у пациентов в остром и раннем восстановительном периодах полушарного ишемического инсульта (ЭПИКА) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 3. С. 55–65.

Multidisciplinary Principle of Patient Management After Stroke. Effectiveness Criteria and Success Factors for Physical, Neuropsychological, and Drug Rehabilitation

V.V. Kovalchuk, PhD, Prof.¹, Ye.R. Barantsevich, PhD, Prof.², A.S. Galkin, PhD¹, M.A. Bidenko¹, K.V. Nesterin, PhD³, I.R. Rakhimova⁴

¹ City Hospital № 38 named after N.A. Semashko, Saint Petersburg

² Academician I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University

³ City Clinical Hospital № 1, Cheboksary

⁴ Semey Medical University, Semey-town, Kazakhstan

Contact person: Vitaly V. Kovalchuk, vikoal67@mail.ru

This article is devoted to the basic principles of organization and conduction of rehabilitation of stroke patients. Considered the principles and features of the multidisciplinary team in general and its individual members in particular. The article analyses the peculiarities of the physical rehabilitation. Presented the results of the study of the effectiveness of the drug Mexidol in the rehabilitation of patients after stroke. It is shown that the use of Mexidol in the framework of complex rehabilitation improves significantly the process of restoring neurological functions of patients, increases their level of social adaptation, eliminates neglect and repulsion syndromes, normalizes psycho emotional condition and improves the quality of life.

Key words: rehabilitation, stroke, multidisciplinary team, ignoring, neglect, Mexidol