

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-08>

## ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАННЕЙ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНОЙ АФАЗИЕЙ

**В. Шишкова**, кандидат медицинских наук,  
**Л. Зотова**,  
**Н. Малюкова**  
Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва  
**E-mail:** veronika-1306@mail.ru

*Афазия наблюдается более чем у 1/3 больных, перенесших инсульт, локализующийся в левой гемисфере; в 70% случаев афазия сочетается с парезом мышц языка, т.е. речевые нарушения имеют сложное патогенетическое происхождение, что требует комплексного подхода к реабилитации. Приводятся результаты исследования по клинической эффективности применения Милдроната в суточной дозе 1000 мг в дополнение к стандартному курсу нейрореабилитационных мероприятий у пациентов с постинсультной афазией разной степени выраженности.*

**Ключевые слова:** неврология, терапия, инсульт, афазия, реабилитация, Милдронат.

**Для цитирования:** Шишкова В., Зотова Л., Малюкова Н. Возможность повышения эффективности ранней комплексной реабилитации у пациентов с постинсультной афазией // Врач. – 2018; 29 (6): 39–44. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-08>

На сегодняшний день в мире около 9 млн человек страдают цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ). Основное место среди них занимают ишемические инсульты (ИИ). Ежегодно инсульт поражает от 5,6 до 6,6 млн человек и уносит 4,6 млн жизней, смертность от ЦВЗ уступает лишь таковой от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11–12%. Ежегодная смертность от инсультов в Российской Федерации — одна из наиболее высоких в мире: 175 на 100 тыс. населения. Наблюдается омоложение инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста — до 65 лет. Показатели заболеваемости и смертности от инсульта среди лиц трудоспособного возраста в России за последние 10 лет увеличились более чем на 30% [1, 2].

ИИ является сложным многофакторным заболеванием с широко обсуждаемым сегодня полифакторным наследственным компонентом, биохимическими, метаболическими, воспалительными, коагуляционными и гемодинамическими факторами, а также влияниями условий окружающей среды в местах проживания (гео-

графическое положение, климат, экологические условия, степень урбанизации населения). Изучение особенностей возникновения ИИ в различных популяциях показало некоторые различия [2]. Традиционные модифицируемые факторы риска ИИ — это артериальная гипертензия (АГ), фибрилляция предсердий (ФП), курение, заболевания сердца, атеросклеротический стеноз сонных и позвоночных артерий, атерогенная дислипидемия и сахарный диабет типа 2 (СД2). К немодифицируемым факторам относят возраст, пол, наследственность, этническую принадлежность и перенесенный инсульт [1]. Возможность взаимодействия различных модифицируемых факторов и наследственности постоянно обсуждается. Проведенные исследования показали, что в развитии первого ИИ важную роль играют генетические факторы, контролирующие процессы коагуляции и тромбообразования, обмена липидов, активацию ренин-ангиотензиновой системы, функционирование антиоксидантной системы и т.д. [3–5]. Однако несмотря на многочисленные работы, направленные на поиск новых сочетаний полиморфизмов генов, определяющих многофакторную предрасположенность к ИИ, проблема еще далека от завершения.

В большинстве случаев после инсульта возникают двигательные расстройства (гемипарезы, монопарезы), которые определяют степень инвалидизации, утрату трудоспособности и нарушения бытовой активности [6]. Реабилитация больных после инсульта не исчерпывается мероприятиями по восстановлению только двигательных функций. Другие расстройства, обуславливающие необходимость проведения реабилитации, включают нарушения речи (различные афазии) и других высших корковых функций, сенсорные расстройства, дисфагию, зрительные нарушения и др. [7].

Афазия наблюдается более чем у 1/3 больных, перенесших инсульт, локализующийся в левой гемисфере; в 70% случаев афазия сочетается с парезом мышц языка, то есть речевые нарушения имеют сложное патогенетическое происхождение, что требует комплексного подхода к реабилитации. Выделяют следующие виды афазий: моторная (нарушение произвольной собственной речи), сенсорная (нарушение понимания речи окружающих), амнестическая (речевые нарушения проявляются только в забывании названия отдельных предметов и действий), сенсомоторная (нарушены и собственная речь, и понимание речи окружающих), крайним выражением которой является тотальная афазия (собственная речь полностью отсутствует, больной не понимает речь окружающих) [8]. Афазия обычно сопровождается нарушением других связанных с речью функций — письма (аграфия) и чтения (алексия). Другой частый вид речевых нарушений после инсульта — дизартрия, для которой характерно нарушение правильной артикуляции звуков при сохранности «внутренней» речи, понимания речи окружающих, чтения и письма. Прогностически наиболее неблагоприятной

в отношении восстановления речи является тотальная или грубая сенсомоторная афазия в острой стадии инсульта, особенно если выраженные сенсомоторные нарушения сохраняются в течение 3–4 мес.

К основным принципам реабилитации больных, перенесших инсульт, следует отнести раннее начало восстановительных мероприятий с активизацией пациента, мультидисциплинарный подход, непрерывность, последовательность и преемственность на всех этапах ее проведения. Основным методом реабилитации больных с постинсультными речевыми нарушениями являются длительные и систематические психолого-педагогические коррекционные занятия (индивидуальные и коллективные), которые могут проводить нейродефектологи (логопеды-афазиологи) и нейропсихологи [9, 10]. Традиционно сложилось так, что в России этим в основном занимаются логопеды, окончившие дефектологический факультет педагогических институтов и университетов и прошедшие курс специализации по афазиологии. В Москве успешно работает Центр патологии речи и нейрореабилитации, в штате крупных больниц, реабилитационных центров, базовых районных поликлиник имеется должность логопедов-афазиологов.

В настоящее время постинсультный период принято подразделять на 4 периода: острый (первые 3–4 нед); ранний восстановительный (первые 6 мес); поздний восстановительный (от 6 мес до 1 года) и резидуальный

(>1 года). Речевую реабилитацию необходимо начинать уже в остром периоде инсульта, как только позволит общее состояние больного и состояние его сознания [10]. В раннем восстановительном периоде, в свою очередь, можно выделить два временных интервала: до 3 мес, когда в основном происходит восстановление объема движений и силы в паретичных конечностях и заканчивается формирование постинсультной кисты, и от 3 до 6 мес, когда продолжается восстановление утраченных двигательных навыков. Восстановление речи, социальная и психическая реадaptация занимают более длительное время [8]. Занятия по восстановлению речи рекомендуется проводить на фоне приема ноотропных препаратов, оказывающих активирующее влияние на интегративные функции мозга: речь, память, внимание, способность к обучению. К медикаментозным средствам, доказавшим свою эффективность в нейрореабилитации, относят церебролизин, холина альфосцерат, мемантин и ноотропил [8, 11, 12]. Учитывая, что в основе реабилитации лежит нейропластичность – способность мозга изменять свою функциональную и структурную организацию, более предпочтительными могут считаться препараты, обладающие комплексным действием, чей механизм связан с влиянием на базисные звенья патогенеза ишемического повреждения клеток и тканей организма [6, 8, 12]. Ярким представителем данной группы является препарат Милдронат (мельдоний) с доказанным *in vitro* и *in vivo* комплексным действием и эффективностью

[13–16]. Большое количество исследований и публикаций посвящено результатам терапии Милдронатом ишемических поражений мозга, которые объясняют комплексное действие Милдроната на ряд патогенетических факторов, вызывающих повреждение нейронов при ишемии. Можно выделить два основных пути влияния Милдроната на нервную систему, которые реализуются несколькими параллельными механизмами (рис. 1). Изложенные механизмы лежат в основе нейропротективных (защитных), а также нейромодулирующих, или восстановительных, эффектов Милдроната при разных патологических состояниях как в центральной, так и периферической нервной системе. Сегодня получены данные об эффективном применении Милдроната у больных, перенесших инсульт, травмы головного мозга и страдающих хронической ишемией мозга. У этих пациентов Милдронат улучшает двигательные функции, положительно влияет на память и



Рис. 1. Влияние Милдроната на нервную систему

другие нейропсихологические и когнитивные функции. Также был отмечен положительный лечебный эффект Милдроната при периферической диабетической невропатии. Милдронат можно использовать в дополнительной терапии психосоматических заболеваний и алкоголизма. Возможности Милдроната можно сопоставить с целым рядом представителей класса метаболитических цитопротекторов:

- антигипоксикант — способствует улучшению утилизации организмом кислорода и снижению потребности в нем органов и тканей, суммарно повышающий устойчивость к гипоксии;
- антиоксидант — уменьшает интенсивность перекисного окисления липидов и повышает активность эндогенных антиоксидантов, нивелируя последствия окислительного стресса;
- цитопротектор — перестраивает энергетический метаболизм, повышая его эффективность, уменьшает образование свободных радикалов, блокируя окисление жирных кислот;
- вазокорректор — стимулирует выработку оксида азота, уменьшая интенсивность его свободнорадикальной инактивации, способствует устранению дисфункции эндотелия;
- энергокорректор — увеличивает интенсивность процессов окисления глюкозы, увеличивая энергетический потенциал клетки;
- комплексное действие — объединяет все перечисленные эффекты.

Таким образом, системное метаболическое и антиишемическое действие Милдроната, в результате которого улучшается кровоснабжение мозга и предотвращается влияние факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой и нервной систем, делает возможным использование данного препарата вместо нескольких других, выполняющих лишь часть его функций (рис. 2). Учитывая имеющиеся литературные данные, поставлен вопрос о возможном влиянии Милдроната на степень и полноту восстановления речевой функции у пациентов, перенесших инсульт, поскольку подобного наблюдения еще не было.

Таким образом, целью настоящего ретроспективного когортного контролируемого исследования являлось изучение динамики темпов восстановления речевых функций у пациентов, перенесших первый ишемический инсульт в левом полушарии головного мозга, на фоне применения мельдония (Милдронат) или без него.

В исследование были отобраны медицинские карты пациентов в возрасте от 25 до 75 лет на момент развития первого ИИ, проходивших в 2013–2016 гг. реабилитацию в стационарных отделениях с круглосуточным пребыванием в Центре патологии речи и нейрореабилитации (Москва). Среди всех наблюдаемых пациентов были выбраны 125, получавших только базовую терапию и занятия с нейродефектологами и нейропсихологами,

и 156 пациентов, получавших дополнительно к базовой терапии и занятиям препарат Милдронат в дозе 1000 мг/сут.

*Критерии включения пациентов в исследование:*

- все пациенты перенесли первый ИИ в бассейне левой средней мозговой артерии;
- диагноз ИИ, верифицированный по данным магнитно-резонансной (МРТ)/компьютерной томографии головного мозга. Допускалось наличие признаков хронической ишемии головного мозга, указания о возможном перенесении транзиторных ишемических атак;
- госпитализация в период от 1 мес до 1 года после развития ИИ.

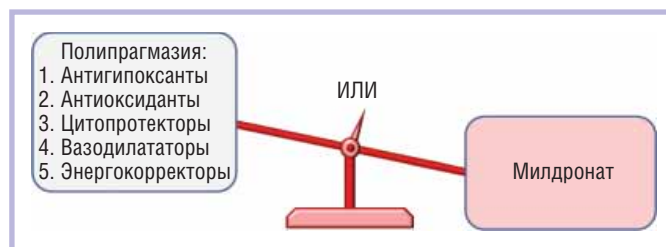
*Критерии исключения пациентов из исследования:*

- повторный ИИ;
- локализация очага в недоминантном полушарии головного мозга;
- паренхиматозное либо субарахноидальное кровоизлияние;
- установленная гиперчувствительность к мельдонию;
- беременность.

На протяжении курса реабилитации все пациенты в отделении наблюдались неврологом, терапевтом, психиатром, эндокринологом. Всем пациентам, отобраным в исследование, были выполнены:

- антропометрические измерения: масса тела, рост, расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение объема бедер, объема талии;
- ЭКГ в 12 стандартных отведениях;
- ЭЭГ по стандартной методике для исключения эпилептических паттернов;
- дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий;
- МРТ головного мозга для верификации очагового поражения головного мозга, анализа топике и размеров постинсультных изменений, наличия признаков хронической ишемии;
- исследование биохимических показателей крови в начале курса лечения и по его завершении.

Всем пациентам, включенным в исследование, было выполнено двукратное нейропсихологическое обследование высших психических функций (ВПФ) с



**Рис. 2.** Системное метаболическое и антиишемическое действие Милдроната позволяет использовать его вместо нескольких других препаратов, выполняющих лишь часть его функций

выделением форм афазий и проведением количественной оценки речи в баллах (КОР), отражающих степень выраженности речевых нарушений. Нейропсихологическое исследование состояния ВПФ проводилось в русле методологии А.Р. Лурия в соответствии с представлениями о системной динамической локализации ВПФ с использованием принципа синдромного анализа [18–20]. Исследование (клинико-психологический эксперимент) включало в себя задания, направленные на оценку речи (экспрессивной, импрессивной), памяти (слухо-речевой, зрительной), праксиса (кинестического, кинестетического), гнозиса (слухового, зрительного, тактильного), конструктивной деятельности, интеллектуальных функций. Для стандартизации нейропсихологических проб была использована Карта нейропсихологического исследования больных с нарушениями ВПФ [20]. Количественный анализ выраженности речевых нарушений проводился с использованием Методики количественной оценки речи при афазии [21], в которой производится балльная оценка экспрессивной речи (ответы в диалоге, называние предметов и действий, составление фраз и рассказов) и импрессивной речи (понимание вопросов диалога; значений слов, обозначающих предметы и действия; логико-грамматических конструкций, простых и сложных инструкций). За одно задание в каждом из разделов, в зависимости от успешности выполнения пациенту начисляется определенный балл. Степень выраженности речевого дефекта для каждого пациента основной группы определялась по итогам суммирования баллов за выполнение всех заданий:

- ≤90 баллов – очень грубая степень выраженности афазии;

- от 90 до 130 баллов – грубая степень;
- от 130 до 170 баллов – среднегрубая степень;
- от 170 до 220 баллов – средняя степень;
- от 220 до 260 баллов – среднелегкая степень;
- ≥260 баллов – легкая степень.

Таким образом, в результате анализа нарушений различных видов речевой деятельности и проведения количественной оценки степени выраженности речевых нарушений появилась возможность определить для каждого больного «речевой диагноз»: выявить преимущественную речевую симптоматику при смешанных речевых расстройствах, оценить степень выраженности речевого дефекта, а в конце 1-го курса реабилитации оценить динамику реабилитационного процесса.

Курс нейрореабилитационного лечения, включающий в себя комплексный, междисциплинарный подход, составлял 45 дней для каждого пациента. Все больные ежедневно получали базовую медикаментозную терапию основных сопутствующих заболеваний. Ежедневно проводились занятия лечебной физкультурой, массаж, физиопроцедуры, а также обязательные индивидуальные и групповые занятия с нейродефектологами и нейропсихологами.

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета программ SPS 20.0. Исходные данные представлены в виде частоты по степени тяжести афазии на момент начала реабилитации. Сравнение групп до и после исследования осуществлялось с помощью критерия  $\chi^2$  Пирсона. Мера связи между динамикой улучшения речевой функции и лечением представлена критериями Кендала ( $\tau_c$ ) и Гудмена ( $\gamma$ ).

По возрастному и гендерному составу группы были сопоставимы. Средний возраст пациентов в группе, получавшей Милдронат, составил  $61,3 \pm 2,5$  года, в группе контроля –  $66,1 \pm 3,9$  года ( $p=0,562$ ).

Результаты первичного анализа нарушений различных видов речевой деятельности и количественной оценки степени выраженности речевых нарушений у пациентов, отобранных в исследование, представлены в таблице.

Сравнение исходных данных групп по КОР показало, что критерий  $\chi^2$  Пирсона равен 1,579 ( $p=0,852$ ), т.е. группы были сопоставимы и не отличались между собой. Согласно оценочным критериям [21], в конце цикла нейрореабилитации результаты КОР у каждого пациента были оценены в баллах и получены интервалы, соответствующие разным вариантам улучшений, наглядно представленные на

Группы (n)	Распределение по тяжести речевых нарушений					
	Степень афазии					
	очень грубая	грубая	среднегрубая	средняя	среднелегкая	легкая
Милдронат (n=156)	35	24	16	37	27	17
Контроль (n=125)	29	16	14	24	28	14

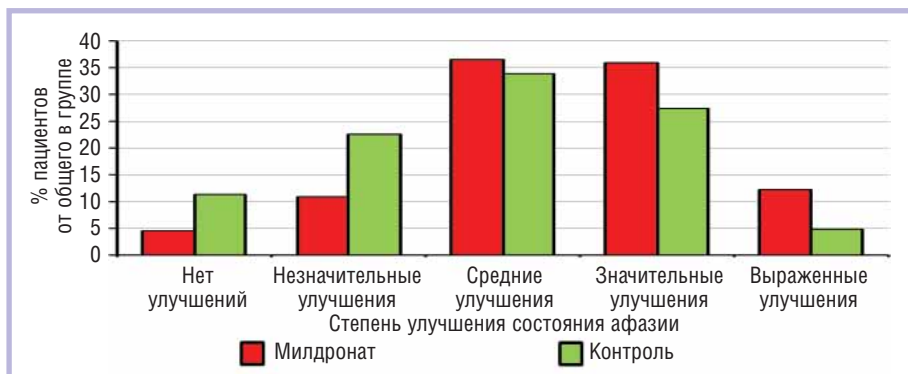
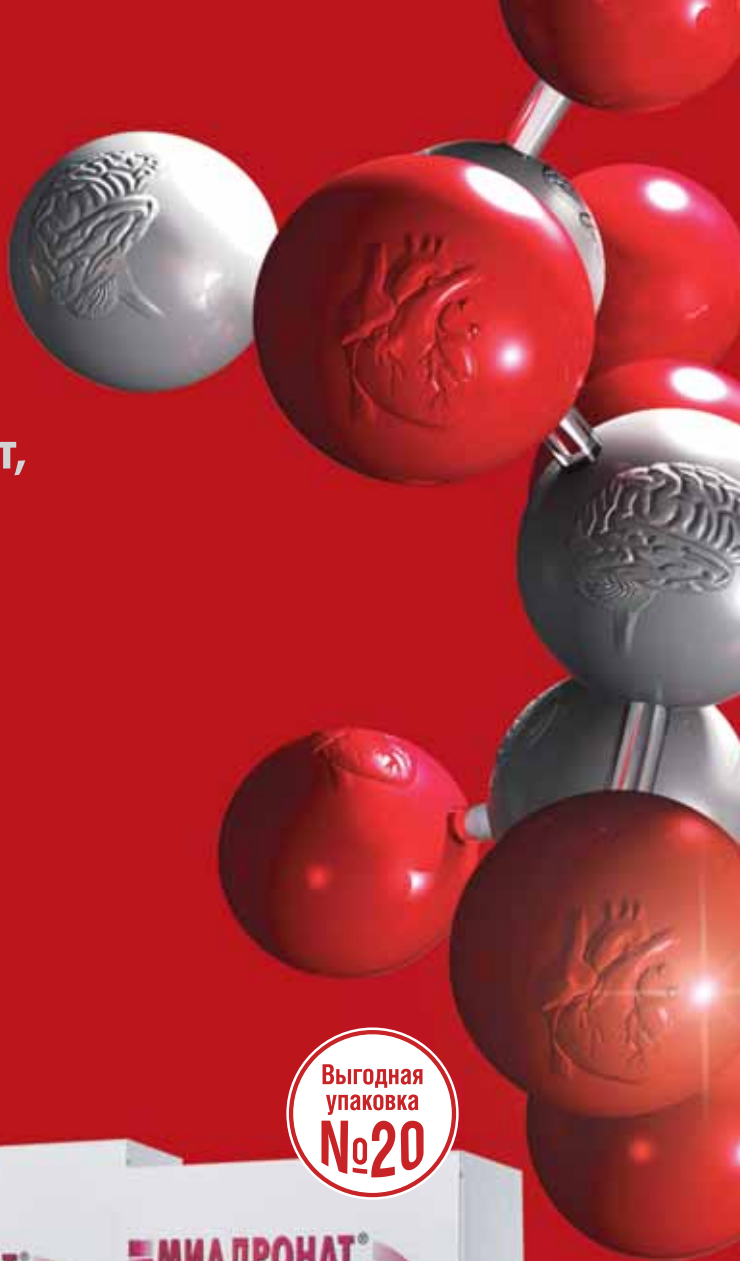


Рис. 3. Динамика восстановления речевой функции у пациентов на фоне терапии Милдронатом и без него

# МИЛДРОНАТ®

Мельдоний



Европейское качество и успешный опыт,  
которому доверяют<sup>1-6</sup>:

- произведен ведущей фармацевтической компанией Балтии<sup>5</sup>
- более 25 лет успешной клинической практики в России<sup>1-6</sup>
- включен в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения<sup>6</sup>

Для сердца, мозга  
и сосудов!



Выгодная  
упаковка  
№20

#### Информация для специалистов здравоохранения

Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Милдронат®.

Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полным текстом инструкции по медицинскому применению препарата Милдронат®. **Регистрационное удостоверение:** ЛС-001115 от 12.05.2011; П N016028/02 от 23.10.2014. **Торговое наименование:** МИЛДРОНАТ®. **МНН:** мельдоний. **Лекарственная форма/состав:** капсулы, 1 капсула содержит активное вещество: мельдония дигидрат – 250/500 мг; раствор для внутримышечного, внутривенного и парабубарного введения, 100 мг/мл. **Фармакотерапевтическая группа:** метаболическое средство. **Фармакодинамика:** мельдоний – синтетический аналог гамма-бутиробетана. В условиях ишемии мельдоний восстанавливает равновесие между процессами доставки кислорода и его потребления в клетках, предупреждает нарушение транспорта аденозинтрифосфата (АТФ); одновременно с этим активирует гликолиз, который протекает без дополнительного потребления кислорода. В результате снижения концентрации карнитина усиленно синтезируется гамма-бутиробетан, обладающий вазодилатирующими свойствами. Механизм действия определяет многообразие его фармакологических эффектов: повышение работоспособности, уменьшение симптомов психического и физического перенапряжения, активация тканевого и гуморального иммунитета, кардиопротекторное действие. При острых и хронических ишемических нарушениях мозгового кровообращения улучшает циркуляцию крови в очаге ишемии, способствует перераспределению крови в пользу ишемизированного участка. Эффективен в случае сосудистой и дистрофической патологии сосудов глазного дна. **Показания к применению:** в комплексной терапии ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркт миокарда), хронической сердечной недостаточности и дисормональной кардиомиопатии, а также в комплексной терапии острых и хронических нарушений кровоснабжения мозга (после инсульта, цереброваскулярная недостаточность). Сниженная работоспособность; умственные и физические перегрузки (в том числе у спортсменов). Синдром абстиненции при хроническом алкоголизме (в комбинации со специфической терапией). **Дополнительно (для раствора):** гемофтальм и кровоизлияния в сетчатку различной этиологии, тромбоз центральной вены сетчатки и ее ветвей, ретинопатии различной этиологии (диабетическая, гипертоническая). **Противопоказания:** Повышенная чувствительность к действующему веществу и другим компонентам препарата, повышение внутричерепного давления (при нарушении венозного оттока, внутричерепных опухолях), возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены), беременность, период кормления грудью. **С осторожностью:** при заболеваниях печени и/или почек. **Полностью способ применения и дозы представлены в полной инструкции по применению препарата Милдронат®. Побочное действие:** редко – аллергические реакции (покраснение и зуд кожи, крапивница, ангионевротический отек), а также – диспептические явления, тахикардия, снижение или повышение артериального давления, повышенная возбудимость. Очень редко – эозинофилия, общая слабость. **Передозировка:** симптомы: снижение артериального давления, сопровождающееся головной болью, тахикардией, головокружением и общей слабостью. Лечение: симптоматическое. **Взаимодействие с другими лекарственными препаратами:** усиливает действие коронародилатирующих средств, некоторых гипотензивных средств, сердечных гликозидов. Можно сочетать с пролонгированными формами нитратов, другими антиангинальными средствами, антиагрегантами, антиаритмическими средствами, диуретиками, бронхолитиками. Ввиду возможного развития тахикардии и артериальной гипотензии, следует соблюдать осторожность при комбинации с нитроглицерином (для подязычного применения) и гипотензивными средствами (особенно альфа-адреноблокаторами и короткодействующими формами нифедипина). **Особые указания:** пациентам с хроническими заболеваниями печени и почек следует соблюдать осторожность при длительном применении препарата. Нет достаточных данных о применении препарата МИЛДРОНАТ® у детей до 18 лет. **Беременность и период лактации:** безопасность применения препарата во время беременности не установлена. Чтобы избежать возможного неблагоприятного воздействия на плод, во время беременности применение препарата МИЛДРОНАТ® не рекомендуется. Неизвестно, выделяется ли мельдоний в грудное молоко. Если лечение препаратом МИЛДРОНАТ® для матери необходимо, то кормление ребенка грудью прекращают. **Срок годности:** 4 года. **Условия отпуска:** по рецепту. Для получения дополнительной информации, пожалуйста обращайтесь в ООО «Гриндекс Рус»: 117556, Москва, Варшавское шоссе, д.74, к.3, 5 эт. Тел: +7 (495) 7716505. **Литература:** 1. Инструкция по применению лекарственного препарата Милдронат® (капс., раств.), рег. уд.: ЛС-001115 от 12.05.2011/П N016028/02 от 23.10.2014. 2. «Милдронат® в кардиологии», обзор исследований, В.Я. Дзерве, И.Я. Калвиньш, Рига 2012г. 3. «Милдронат® в неврологии», обзор исследований, И.П. Логина, И.Я. Калвиньш, Рига 2012г. 4. «Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: некоторые патогенетические и терапевтические аспекты», И.В. Дамулин, Е.В. Кононенко, Л.М. Антоненко, Н.Н. Коберская, Медицинские новости.-2008.-№1.-С.26-30. 5. Grindex Internal Data. 6. Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения.



Добро  
пожаловать на  
[mildronat.ru](http://mildronat.ru)

Grindex

Здоровье. Традиции. Качество.

рис. 3. При этом отмеченная динамика восстановления речевых функций оценивалась следующим образом:

- выраженные улучшения — 50 баллов;
- значительные улучшения — 30–49 баллов;
- средние улучшения — 15–29 баллов;
- незначительные улучшения — 1–14 баллов;
- нет улучшений — ≤0 баллов.

На рис. 3 представлена динамика восстановления речевой функции у пациентов на фоне терапии Милдронатом и без него. Динамика восстановления между группами достоверно отличается; рассчитанный критерий  $\chi^2$  Пирсона равен 10,866 ( $p=0,028$ ).

Согласно критериям связи Кендала  $\tau_c=0,202$  ( $p=0,030$ ) и Гудмена  $\gamma=0,334$  ( $p=0,030$ ), между более выраженной динамикой улучшения и терапией Милдронатом наблюдается прямая связь, т.е. значимое улучшение состояния речевых функций у пациентов произошло в группе, где в комплексную терапию был включен Милдронат. Особенно важно заметить, что положительная динамика улучшения в группе пациентов, получавших Милдронат, была наибольшей в категориях «выраженное улучшение» и «значительное улучшение», в отличие от группы без терапии Милдронатом. Необходимо подчеркнуть, что нейрореабилитация, в том числе в отношении речевой функции, — это комплексный мультидисциплинарный подход, где важны каждая деталь, каждый этап. Поэтому следует подчеркнуть, что поиск оптимального препарата для улучшения эффектов нейромоторного тренинга — это возможность увеличить шансы на лучшее и более полное восстановление пациента.

Таким образом, на основании проведенного ретроспективного когортного контролируемого исследования можно сделать вывод о клинической эффективности применения Милдроната в суточной дозе 1000 мг в дополнение к стандартному курсу нейрореабилитационных мероприятий у пациентов с постинсультной афазией разной степени выраженности. Наиболее эффективна данная терапия оказалась у больных с очень грубыми и грубыми речевыми нарушениями, о чем свидетельствовало максимально возможное улучшение состояния речи за 1-й проведенный курс нейрореабилитационных мероприятий, давая возможность создать более эффективные условия реабилитации.

Полученные результаты свидетельствуют об улучшении прогноза реабилитации пациентов с постинсультной афазией разной степени выраженности на фоне включения в комплексную терапию препарата Милдронат в дозе 1000 мг в сутки.

## Литература

1. Инсульт. Руководство для врачей. Под ред. С.В. Котова, Л.В. Стаховской / М.: Издательство МИА, 2013.
2. O'Donnell M., Xavier D., Liu L. et al. INTERSTROKE Investigators. Risk factors for ischemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study // *Lancet*. – 2010; 376: 112–23. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3.

3. Шишкова В.Н., Ременник А.Ю., Валяева В.Н. и др. Изучение ассоциаций полиморфных вариантов генов липидного и углеводного обменов, сосудисто-воспаления и нейротрансмиттерных систем с развитием первого ишемического инсульта // *Кардиоваск. тер. и профилактика*. – 2017; 16 (5): 27–33.

4. Шишкова В.Н., Адашева Т.В., Ременник А.Ю. и др. Прогностическая значимость клинико-антропометрических, биохимических, метаболических, сосудисто-воспалительных и молекулярно-генетических маркеров в развитии первого ишемического инсульта // *Журн. неврол. и психиат.* – 2018; 2: 4–11. DOI: 10.17116/jnevro2018118214-11.

5. Шишкова В.Н., Адашева Т.В., Ременник А.Ю. и др. Предикторы развития повторного ишемического инсульта // *Врач*. – 2018; 29 (2): 38–44. DOI: 10.29296/25877305-2018-02-10.

6. Скворцова В.И. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // *Инсульт (Прил. к Журн. неврол. и психиат.)*. – 2002; 7: 28–33.

7. Burns M. Application of Neuroscience to Technology in Stroke Rehabilitation // *Top Stroke Rehabil.* – 2008; 15: 570–9.

8. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шапаронова В.Н. Реабилитация неврологических больных / М.: МЕДпресс-информ, 2008; 560 с.

9. Шкловский В.М. Концепция нейрореабилитации больных с последствиями инсульта // *Инсульт (Прил. к Журн. неврол. и психиат.)*. – 2003; 8: 10–23.

10. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии / М.: Ассоциация дефектологов, В. Секачев, 2000; 96 с.

11. Лукьянюк Е.В., Шкловский В.М., Малюкова Н.Г. Опыт применения акатинола мемантина в резидуальном периоде инсульта // *Журн. неврол. и психиат.* – 2010; 12: 28–33.

12. Шишкова В.Н., Шкловский В.М., Ременник А.Ю. и др. Новые возможности оценки нейрореабилитационного потенциала у пациентов с постинсультной афазией // *Мед. алфавит*. – 2016; 1: 25–9.

13. Максимова М.Ю., Федорова Т.Н., Шарыпова Т.Н. Применение Милдроната в лечении больных с нарушениями мозгового кровообращения // *Фарматека*. – 2013; 9: 84–94.

14. Максимова М.Ю., Кистенев Б.А., Домашенко М.А. и др. Клиническая эффективность и антиоксидантная активность милдроната при ишемическом инсульте // *Рос. кардиол. журн.* – 2009; 4 (78): 54–62.

15. Дамулин И.В., Коберская Н.Н., Антоненко Л.М. Влияние милдроната на когнитивные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии: клинико-электрофизиологическое исследование // *Неврол. журн.* – 2006; а (1): 1–6.

16. Дамулин И.В., Антоненко Л.М., Коберская Н.Н. Влияние милдроната на двигательные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии // *Рос. мед. журн.* – 2006; 1: 28–32.

17. Шишкова В.Н. Коморбидность и полипрагмазия: фокус на цитопротекцию // *Consilium Medicum*. – 2016; 18 (12): 65–71.

18. Лурья А.Р. Высшие корковые функции человека / М.: Изд-во МГУ, 1969; 505 с.

19. Лурья А.Р. Основы нейропсихологии / М., 1973; 374 с.

20. Шкловский В.М., Визель Т.Г. Карта нейропсихологического обследования больных с нарушениями высших психических функций / М., 1995; 61 с.

21. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии / М.: Изд-во МГУ, 1981; 67 с.

## THE POSSIBILITY OF ENHANCING THE EFFICIENCY OF EARLY COMPREHENSIVE REHABILITATION IN PATIENTS WITH POSTSTROKE APHASIA

V. Shishkova, Candidate of Medical Sciences; L. Zotova, N. Malyukova  
Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation, Moscow

*Aphasia is observed in more than one-third of patients with left hemisphere stroke; in 70% of cases, aphasia is concurrent with tongue muscle paresis, i.e. speech disorders have a complex pathogenetic origin, which requires a comprehensive approach to rehabilitation. The paper gives the results of an investigation of the clinical efficacy of Mildronate at a daily dose of 1000 mg in addition to the standard cycle of neurorehabilitation measures in patients with different degrees of poststroke aphasia.*

**Key words:** neurology, therapy, stroke, aphasia, rehabilitation, Mildronate.

**For citation:** Shishkova V., Zotova L., Malyukova N. The possibility of enhancing the efficiency of early comprehensive rehabilitation in patients with poststroke aphasia // *Vrach*. – 2018; 29 (6): 39–44. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-06-08>